



Bayerisches Ärzteblatt

Mit amtlichen Mitteilungen der Ministerien, der Bayerischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

Dezember 1981

Zum Jahresende

Wollte man am Ende eines Jahres seiner Chronistenpflicht voll genügen, müßte man jedesmal einen kleinen Geschichtsband schreiben. Dies gilt auch dann, wenn man sich auf Ereignisse beschränkt, welche die Heilberufe direkt berühren. Auf einer Seite kann man zwangsläufig nur einige Gedanken andeuten.

Die sehr ernste wirtschaftliche Lage der Bundesrepublik, die erschreckende Haushaltspolitik und Verschuldung des Bundes, oder die „Friedensdiskussion“ kann man allerdings nicht ausklammern. Man würde sonst ihre Zusammenhänge auch mit unseren Problemen verkennen. Wir müssen einsehen, daß wir eingebunden sind in das allgemeine Geschehen unseres Landes — und dies nicht nur als Staatsbürger, sondern ebenso als Angehörige der Heilberufe.

Niemand konnte erwarten, daß die Sozialpolitik von den Auswirkungen der allgemeinen Finanzmisere verschont bleiben würde. Im Gegenteil! Viele forderten zu Recht, bei dieser Gelegenheit Fehlentwicklungen zu korrigieren und dadurch ihre negativen Auswirkungen zu beseitigen oder jedenfalls zu mildern. Die Wiedereinführung von Karenztagen bei Arbeitsunfähigkeit wurde ins Gespräch gebracht, oder Maßnahmen, die es weniger vorteilhaft machen würden, arbeitslos zu bleiben und einen Arbeitsplatz als unzumutbar abzulehnen. DGB-Gewerkschaften reagierten mit wütenden Protesten und empfinden, durch Arbeitszeitverkürzung — natürlich bei vollem Lohnausgleich — neue Arbeitsplätze zu schaffen. Das kann bei unserer wirtschaftlichen Lage ja wohl nur ein makabrer Scherz sein. Aber man schlägt ja auch vor, die Lebensarbeitszeit zu verkürzen, die Rente also noch früher als derzeit üblich zu gewähren, obwohl jedermann weiß, daß die Rentenversicherung schon jetzt die Rentenzahlungen nur durch fortwährendes Manipulieren zahlen kann. Wer stellt und beantwortet endlich einmal die Frage, warum fast eineinhalb Millionen Bundesbürger erbeitslos sind und zugleich Millionen ausländische Arbeitskräfte beschäftigt werden müssen?

Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung wird uns nach dem ersten Kostendämpfungsgesetz von 1977 gerade ein „Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz“, ein Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz und der Entwurf einer neuen Pflegesatzverordnung auf den Tisch gelegt. Wir werden im neuen Jahr ausführlich dazu Stellung nehmen.

Das Prinzip ist noch wie vor das gleiche: Der Krankenversicherung werden Gelder entzogen oder neue Lasten auferlegt, und zugleich versucht man, davon abzulenken, indem man lauthals die „Leistungserbringer“ beschuldigt.

Ein Thema, das uns Ärzte besonders berührt, ist die „Friedensdiskussion“. Unser Beruf ist darauf ausgerichtet, zu heilen und zu helfen. Je friedlicher die Welt um uns herum ist, um so besser können wir unserer Aufgabe gerecht werden. Brutale Gewaltanwendung, wie wir sie jeden Tag erleben, Krieg oder gar

der Wahnsinn eines A-B- oder C-Krieges sind deshalb naturgegeben die schlimmsten Gefahren und Hindernisse bei der Erfüllung des ärztlichen Auftrages. Treten solche Ereignisse ein, dann versteht sich von selbst, daß der Arzt den Opfern jede mögliche Hilfe zu leisten hat. An Gewaltanwendung hat es im zu Ende gehenden Jahr in der Bundesrepublik leider nicht gefehlt. Hunderte von Polizisten wurden dabei in Ausübung ihres schweren Dienstes verletzt und bedurften der ärztlichen Hilfe. Auch hier treibt man sich als Arzt, wie lange eigentlich unsere Polizeibeamten noch bereit sind, den Kopf hinzuhalten, wenn ihnen von seiten vieler Politiker und Publizisten so wenig Rückhalt gegeben wird.

Eines muß man sich fragen: Warum hat die sogenannte „Friedensbewegung“ gerade jetzt so massiv demonstriert, warum haben gewisse Ärzte ihrer Sorge um den Atomtod erst jetzt so eindringlich Ausdruck verliehen? Weder bei der Unterjochung der Tschechoslowakei noch bei der Unterwerfung Afghanistans hörte man die gleichen Leute protestieren. Daß die Russen eine Atomrakete nach der anderen mit Zielrichtung Europa in Stellung brachten, hat sie nicht beunruhigt. Offenbar haben sie das als Reparatur des Gartenzaunes verstanden. Erst als die Nato, unser westliches Bündnis, endlich aus ihrer Lethargie erweckte und wenigstens der „Neto-Doppelbeschuß“ zustande kam, gingen sie auf die Straße, fingen sie an zu lamentieren. Hier fehlt die Glaubwürdigkeit der Argumentation, wobei wir der Mehrheit der Demonstrierenden zubilligen, daß sie nicht bewußt die Überlegenheit des Ostens wollen, sondern einfach Opfer eines raffiniert organisierten Unterwerfungswerkes sind.

Wir sind uns doch darin einig, daß jeder von uns eigentlich „Pazifist“ sein, also Gewalt und Zerstörung ablehnen muß. Pazifismus kann aber nur weltweit praktiziert werden, und nicht einseitig in den Ländern des Westens. Wir wollen unsere freiheitliche Gesellschaftsordnung erhalten — auch für die weitere Zukunft. Das können wir nur, wenn uns der Kommunismus — geführt von der atomwaffenstarenden Weltmacht Rußland — seinen Willen nicht aufzwingen kann. Dies ist ein staatsbürgerliches und ein ärztliches Anliegen zugleich. Das geht aber nur, wenn entweder beide Seiten abrüsten, oder beide gleich stark sind. Wer einseitigen Maßnahmen des Wort redet, kämpft nicht für den Frieden, sondern für die Unterwerfung.

Wir hoffen zutiefst, daß der Friedenswille in der Welt die Oberhand behalten wird. Wenn nicht aus Überzeugung, so aus der Erkenntnis, daß es am Ende kriegerischer oder gar atomarer Konflikte keine Sieger oder Besiegte geben wird, sondern nur Opfer.

Allen Kolleginnen und Kollegen und ihren Familien wünschen wir trotz vieler Sorgen gesegnete Weihnachtsfeiertage, Glück und vor allem Gesundheit für das kommende Jahr.

Professor Dr. Sewering

Dr. Braun

Dr. Fuchs

Dr. Kolb

Vollversammlung des 34. Bayerischen Ärztetages

Punkt 1 der Tagesordnung:

Tätigkeitsbericht der Bayerischen Landesärztekammer

„Gerade wenn schlechtere Zeiten heraufziehen, hat der Arzt eine besonders wichtige Aufgabe zu erfüllen“

Referat von Professor Dr. Hans J. Sewering

Das Problem der steigenden Arztzahlen wird uns in den kommenden Jahren erheblich zu schaffen machen. 1956 hatten wir in ganz Bayern 13 256 registrierte Ärzte, Ende 1980 waren es 29 694, wir dürften jetzt bei etwa 30 000 angekommen sein, davon 24 610 berufstätige Ärzte. Das entspricht einer Relation von 444 Einwohnern auf einen berufstätigen Arzt. Ab 1983 verlassen die starken Jahrgänge die Universität; wenn dann 10 000 Absolventen ihre Approbationsurkunden erhalten und bei bestem Willen nicht mehr als 5000 oder 5500 Assistentenstellen pro Jahr frei werden, dann muß das zu Engpässen und schwierigen Problemen führen. Bundesbildungsminister Schmude hat, daran sei in diesem Zusammenhang erinnert, vor einigen Jahren bereits erklärt, daß es die Aufgabe der Bildungspolitik sei, qualifizierte Bewerber auszubilden, daß damit aber nicht die Erwartung auf einen Arbeitsplatz verbunden werden dürfte. Ich sah mich häufig veranlaßt, zum Ausdruck zu bringen, daß die Vermehrung der Ausbildungsstätten in Bayern – Universitäten und medizinische Fakultäten in Regensburg oder gar auch in Augsburg – von uns unter keinen Umständen hingenommen werden kann. Wir müssen uns energisch gegen derartige Auswüchse und die Vergeudung öffentlicher Mittel zur Wehr setzen.

Prüfung am Ende der Weiterbildung

Hinweisen möchte ich auch auf die Entwicklung bei der Anerkennung von Gebietsbezeichnungen. Nach



Professor Dr. Hans J. Sewering

wie vor stehen an der Spitze noch die Internisten mit 154 Anerkennungen im vergangenen Jahr, aber, Gott sei Dank, an zweiter Stelle doch bereits die Allgemeinärzte mit 108 Urkunden, die wir ausgestellt haben. Inzwischen haben auch bereits, entsprechend dem jetzt geltenden Recht, die Prüfungen eingesetzt – und zwar bei den Teilgebetsbezeichnungen. Es handelt sich dabei um Prüflinge, die bereits ihre Urkunde für das Gebiet haben und für die Anerkennung einer Teilgebetsbezeichnung eine Prüfung ablegen mußten. Dabei war es dann doch schon etwas beklemmend, daß etwa unter den gedienten Internisten einer, der die Teilgebetsbezeichnung Kardiologie erwerben wollte, durchgefallen ist, und daß auch drei Bewerber aus dem Gebiet der Unfallchirurgie durchgefallen sind, die, wie ich mir berichten ließ, in der Prüfung recht einfache theo-

retische Fragen nicht beantworten konnten.

Ich glaube, gerade diese ersten Ergebnisse zeigen, wie notwendig es war, die Prüfung am Ende der Weiterbildung und vor Ausstellung der Urkunde einzuführen. Denn man hat den beklemmenden Eindruck, daß die Theorie in der Weiterbildung zu kurz kommt, daß also einfach zu wenig gelesen wird. Wenn man die Kandidaten über praktische Kenntnisse gefragt hat („wie schiebt man einen Herzkatheter“), dann bekam man großartige Antworten, aber an den theoretischen Zusammenhängen, den Grundlagen etwa der muskulären Herzinsuffizienz, da hat es gefehlt.

Wir haben uns veranlaßt gesehen, an die Weiterbilder in einem persönlichen Brief die Aufforderung zu richten, sich gerade um die theoretische Weiterbildung ihrer Mitarbeiter besser als bisher zu kümmern. Denn wir müssen sonst befürchten, daß die Prüfungsergebnisse auch in der Zukunft zum Teil nicht ausreichend sein werden.

Änderung der „Facharzt“-Schilder

Seit 1. Januar 1981 gilt die Übergangsbestimmung, wonach alle jetzt als Fachärzte bezeichneten Ärzte ihre Bezeichnung der neuen Ordnung anpassen müssen, also entweder eine Kurzbezeichnung oder die Bezeichnung „Arzt für ...“ führen.

Ich bin mehrfach gefragt worden, warum wir nicht noch energischer

auf die Änderung der Schilder gedrängt haben. Der Grund liegt darin, daß ein Kollege aus Bayern eine Klage beim Bayerischen Verfassungsgerichtshof gegen diese Bestimmung eingereicht hat; und wir wollten von der Berufsvertretung aus (da die Entscheidung des Bayerischen Verfassungsgerichtshofs sicherlich nicht allzu lange ausstehen wird) abwarten, bevor wir hier energischer nachfassen. Ich bin sicher, daß uns der Bayerische Verfassungsgerichtshof Recht geben wird. Es liegt inzwischen nämlich in der gleichen Sache ein erstes obergerichtliches Urteil eines Oberverwaltungsgerichtes für das Land Nordrhein-Westfalen vor. In diesem Urteil wurde die Klage eines Fachzahnarztes gegen diese Bestimmung, Abschaffung der Vorsilbe „Fach“, abgewiesen. In der Begründung wurde ganz eindeutig zum Ausdruck gebracht, daß hier in keiner Weise Besitzstände tangiert werden, sondern daß es sich um eine Anpassung der Bezeichnungen handelt, der sich jeder Kollege unterwerfen muß, auch wenn er bisher die Bezeichnung „Facharzt“ führte. Dieses Urteil des Oberverwaltungsgerichtes für das Land Nordrhein-Westfalen, wo ja die Übergangsbestimmung schon früher in Kraft trat, ist doch sehr bedeutungsvoll. Ich rechne bestimmt damit, daß auch der Bayerische Verfassungsgerichtshof in gleichem Sinne entscheiden wird. Sie sollten aber alle jede Gelegenheit benutzen, die Kollegen zu bitten, doch jetzt schon ihre Schilder, ihre Briefbögen zu ändern. Die Stempel, welche den Kassenärzten von der Kassenärztlichen Vereinigung zur Verfügung gestellt wurden, enthalten natürlich bereits die neuen Bezeichnungen.

Mündliche Prüfungen für Medizinstudenten

Es ist wirklich erstaunlich, wie schnell ein Wandel in der Beurteilung der schriftlichen Prüfung zu beobachten ist. Zu Anfang, bei der Reform der Approbationsordnung, erlebte man die energische Forderung: weg von der mündlichen Prüfung, hin zur Objektivität, und jetzt wieder: weg von der schriftlichen Prüfung, hin zur individuelleren mündlichen Prüfung.

Es sind in diesem Jahr 43 000 Studenten, die eine der Prüfungen ab-

legen, und nächstes Jahr werden es 50 000 Examensteilnehmer sein. Teilt man diese in Gruppen zu vier und legt man die Zeit zugrunde, die früher für mündliche Prüfungen aufgewandt wurde, dann, glaube ich, kommt man zu dem Ergebnis, daß eine totale Rückkehr zur mündlichen Prüfung bei der Studentenzahl einfach nicht möglich ist.

In diesem Jahr haben bisher 7354 Studenten die ärztliche Vorprüfung abgelegt. Davon sind 15 Prozent durchgefallen; das ist, wenn man mit anderen Fächern oder gar mit anderen EG-Ländern vergleicht, eine recht bescheidene Zahl. Die erste klinische Prüfung wurde von 6200 Teilnehmern abgelegt (Durchfallquote 9,3 Prozent); im zweiten Abschnitt waren es bis jetzt nur 4469 Kandidaten (Durchfallquote 7,3 Prozent). Dabei ist bei diesen letzten Prüfungen schon wieder die neue Bestimmung über die Auffangquote in Kraft gewesen: Untere Grenze 50 Prozent richtig beantworteter Fragen.

Bei den Studentenzahlen, die wir heute haben, ist der Unterricht und die praktische Prüfung in der Form, wie es eigentlich gedacht war, leider nicht möglich. Aber auch die Vermehrung der Ausbildungsstätten — das muß man immer wieder in Erinnerung rufen —, also die Errichtung neuer Fakultäten, würde keine Besserung bringen. Denn neue Ausbildungsstätten ziehen neue Studenten an. Wir können leider Gottes bei der derzeitigen Situation nicht davon ausgehen, daß es möglich wäre, die bestehenden medizinischen Fakultäten zu entlasten und die Studenten vernünftig auf mehrere Ausbildungsstätten zu verteilen.

Berufspraxis vor der Niederlassung

Das Problem der nachuniversitären Ausbildung hat auf dem letzten Deutschen Ärztetag eine große Rolle gespielt, es war eigentlich das Hauptthema. Es geht um die Frage, wie man an das Universitätsstudium eine praktische Ausbildung anschließen könnte, wo diese eingeordnet werden muß. Nach unserer Rechtsordnung kann eine verpflichtende Ausbildung nur vor der Approbation angesiedelt werden und nicht nachher; denn mit der Erteilung der Approbation ist das Recht

Mutterkornalkaloide
von Sanorania!
Bewährte, wirksame Therapie
zu minimalen Preisen!

DH-Ergotamin- Tablinen[®]

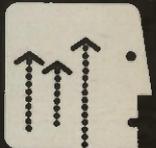
retard



Antihypotonikum,
Venotonikum

DH-Ergotoxin- Tablinen[®]

forte



Cerebral-
Therapeutikum

DH-Ergotamin-retard-Tablinen

1 Tablette enthält:

Dihydroergotaminmethansulfonat 2,5 mg.

Indikationen:

Hypotonie, Migräne (im Wechsel mit Migrexa zur Anfallsbehandlung), venöse Insuffizienz

50 Tabl.	100 Tabl.	250 Tabl.
22.60	38.00	90.81

DH-Ergotoxin-forte-Tablinen

1 Tablette enthält:

Je 0,67 mg Dihydroergocristinmethansulfonat, Dihydroergocorninmethansulfonat, Dihydroergokryptinmethansulfonat = 2 mg Dihydroergotoxinmethansulfonat

Indikationen:

Cerebralsuffizienz, Migräne bei hypertoner Ausgangslage (im Wechsel mit Migrexa zur Anfallsbehandlung), Schwindel, Ohrensausen, Vergeßlichkeit, Durchblutungsstörungen.

50 Tabl.	100 Tabl.	250 Tabl.
36.52	67.00	151.34



SANORANIA Dr. G. Strohscheer
1 Berlin 28



Gäste (v. l. n. r.): Professor Deneke, Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer, Dr. Vilmer, Präsident der Bundesärztekammer, Abtl.-Dir. Albrecht, Leiter der Bayerischen Ärzteversorgung, Ministerialrat Scholz und Ministerialdirigent Dr. Drausnick vom Bayerischen Staatsministerium des Innern, Ministerialdirigent a. D. Dr. Hein

zur vollen Berufsausübung nun einmal verbunden.

Eine Vorbereitungszeit zur Kassenpraxis wäre zweifellos als Übergangsregelung ein Fortschritt. Wir mußten allerdings in unserer Stellungnahme zu dem Entwurf des Hauses Ehrenberg eindeutig darauf hinweisen, daß die darin vorgesehene Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen, so viele Assistentenstellen bei Kassenärzten zur Verfügung zu halten, wie niederlas-

sungswillige Ärzte vorhanden sind, einfach nicht realisierbar ist. Sie ist mit dem geltenden Recht nicht zu vereinbaren. Die Kassenärztliche Vereinigung hat gar keine Möglichkeit, Kassenärzte zu verpflichten, einen Assistenten zur Weiterbildung anzunehmen. Es ist also eindeutig eine freiwillige Leistung, wenn ein Kassenarzt bereit ist, einen Assistenten für sechs Monate (wie es in diesem Entwurf vorgesehen ist) anzunehmen. Ob nun, nachdem diese Verpflichtung nicht realisierbar ist,

überhaupt die Verordnung über die Vorbereitungszeit vom Bundesarbeitsministerium erlassen werden wird, können wir im Augenblick noch nicht beantworten.

Bei den Arzthelferinnen haben wir immer noch eine sehr große Zahl von Bewerberinnen. Es haben sich 2924 Mädchen diesem Beruf zugewandt.

Die Arbeit der Schlichtungsstelle war weiterhin sehr fruchtbar. Das Vertrauen in die Schlichtungsstelle nimmt auch in der Anwaltschaft außerordentlich zu.

Krankenhaus-Problematik der dualen Finanzierung

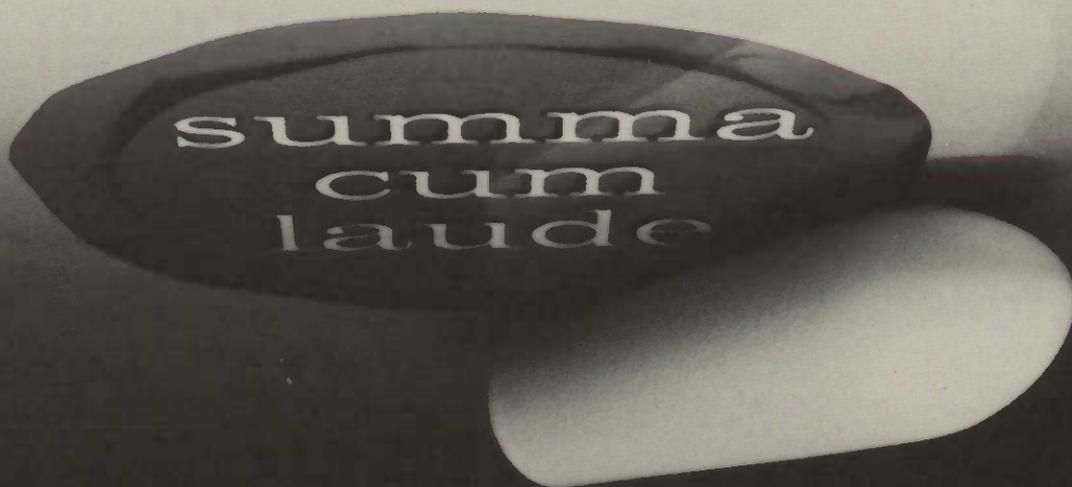
Das Thema Krankenhauskosten — zur Zeit etwa 30 bis 32 Prozent der gesamten Aufwendungen der gesetzlichen Krankenkassen — steht im Mittelpunkt der öffentlichen Debatte. Zur Krankenhausfinanzierung kann man natürlich viele Meinungen vertreten; die Ursachen der Entwicklung sind sicherlich vielschichtig. Rund 90 Prozent der Krankenhauskosten sind Fixkosten, etwa 75 Prozent, bei großen Häusern bis zu 80 Prozent der Kosten sind Personalkosten, wobei mit Sicherheit nicht die Ärzte die Schuld tragen; sie bekommen im Rahmen des Krankenhausetats ihre Tarifgehälter wie jeder andere Mitarbeiter.

Immer wieder kommt die Frage auf, ob das seit einigen Jahren geltende duale Finanzierungssystem für Krankenhäuser vom Prinzip her richtig ist. Das duale Finanzierungssystem, das mit dem ersten Krankenhausfinanzierungsgesetz eingeführt worden ist, bedeutet: Der Staat tritt für die Investitionen ein, die laufenden Kosten müssen durch die Pflegesätze gedeckt werden. Mit dieser Übernahme der Investitionskosten hat sich der Staat zugleich die Möglichkeit der Krankenhausplanung geschaffen. Es wird kein Krankenhaus finanziert, wenn es nicht im Krankenhausbedarfsplan enthalten ist. Auf der anderen Seite aber ist es so, daß durch diese staatliche Investitionslenkung der private Sektor langsam aber sicher sozialisiert wird. Denn der private Krankenhausträger hat letztlich dadurch, daß er mit Staatsmitteln baut, kein Verfügungsrecht mehr über sein Ka-



® Voltaren 100 Suppos

das starke Zäpfchen gegen
Nachtschmerzen
Morgensteifigkeit
Anlaufschmerzen



Antirheumatikum

summa
cum
laude

Zusammensetzung: Diclofenac-Natrium. **Magensaftresistente Dragées:** Voltaren (25 mg), Voltaren 50 (50 mg). **Retarddragées:** Voltaren retard (100 mg). **Zäpfchen:** Voltaren (50 mg), Voltaren 100 (100 mg), Voltaren für Kinder (25 mg). **Ampullen:** Voltaren (3 ml mit 75 mg). **Indikationen:** Entzündliche, degenerative und extraartikuläre Formen des Rheumatismus, Neuritiden/Neuralgien, akuter Gichtanfall; nichtrheumatische entzündliche Schmerzzustände (z. B. in der Gynäkologie). **Kontraindikationen:** Ulcus ventriculi et duodeni; Asthmapatienten, bei denen nach Acetylsalicylsäure oder anderen Prostaglandin-Synthesehemmern Asthmaanfälle, Urikaria oder akute Rhinitis aufgetreten sind. **Nebenwirkungen:** Gelegentlich gastrointestinale Reaktionen wie Aufstoßen, Nausea, epigastrische Schmerzen und Diarrhoe sowie leichtes Schwindelgefühl oder Kopfschmerzen. Selten peptisches Ulkus oder gastrointestinale Hämorrhagien. Vereinzelt Hautexantheme, periphere Ödeme oder geringfügige Transaminasenerhöhungen. Sehr selten Blutbildungsstörungen (Kausalzusammenhang nicht erwiesen). **Zäpfchen:** Gelegentlich leichtes Brennen oder Tenesmen. **Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln** sind bisher nicht bekannt geworden. **Besondere Hinweise:** Bis zum Vorliegen ausreichender Erfahrungen Voltaren noch nicht bei Schwangeren oder Kindern unter 6 Jahren verordnen. Patienten mit gastrointestinalen Beschwerden, Magen/Duodenalulzera in der Anamnese, schwerer Leber- oder Nierenschädigung sorgfältig überwachen. Bei Langzeitbehandlung sollten als vorsorgliche Maßnahme Blutbild- und Leberfunktionskontrollen durchgeführt werden.

Handelsformen und Preise: Magensaftresistente Dragées Voltaren (25 mg): 30 Stück DM 15,70, 50 Stück DM 25,40, 100 Stück DM 40,50;

Voltaren 50 (50 mg): 20 Stück DM 18,95, 50 Stück DM 39,20, 100 Stück DM 72,05; Retarddragées Voltaren retard (100 mg): 20 Stück DM 36,-, 50 Stück

DM 73,35, 100 Stück DM 139,20; Zäpfchen Voltaren (50 mg): 10 Stück DM 11,35; Voltaren 100 (100 mg): 10 Stück DM 21,10; Voltaren für Kinder (25 mg): 10 Stück DM 7,05;

Ampullen Voltaren (3 ml mit 75 mg): 3 Stück DM 11,90. Anstaltenpackungen. Stand bei Drucklegung.

CIRA GEIGY GmbH, 2003111

GEIGY



Präsident, Vizepräsidenten und Geschäftsführung der Bayerischen Landesärztekammer

pital. Dieses Kapital ist gebunden, und damit tritt langsam irgendwie, wenn auch nicht auf dem direkten Wege, eine Art Enteignung ein. Das muß man einfach nüchtern sehen. Aber sämtliche Parteien waren seinerzeit von diesem Gedanken der dualen Finanzierung sehr angetan, weil die kommunalen Krankenhaus-träger und auch die Länder natürlich dadurch sehr stark entlastet wurden, vor allem, nachdem der Bund die Zusage gemacht hatte, erhebliche Mittel für die Krankenhausfinanzierung zu übernehmen. Diese Zusage wurde anfangs mehr oder weniger eingehalten. In der Zwischenzeit sind die Anteile, die der Bund zur Verfügung stellt, auf ein Minimum zurückgegangen. Wir stehen heute vor einer beklemmenden Situation: Der Freistaat Bayern kann die schon in Angriff genommenen Projekte mit den vorhandenen Mitteln zu Ende führen, neue Krankenhausprojekte sind zur Zeit nicht finanzierbar, jedenfalls nicht bei der derzeitigen Haushaltslage, und die wird sich so schnell nicht ändern. Hinsichtlich der Kostendeckung gibt es natürlich heute bereits Probleme. Nicht alle Pflegesatzforderungen werden von den Krankenkassen akzeptiert, so daß in manchen Bereichen auch schon Defizite entstanden sind.

Wenn wir aber nun dem dualen Finanzierungssystem den anderen Weg gegenüberstellen, nämlich freie Finanzierung und Deckung auch der Kapitalkosten im Pflegesatz, dann würde das natürlich zu einem erheblichen Anstieg der Pflegekosten führen sowohl für die gesetzliche Krankenversicherung als natürlich auch für den einzelnen, der noch selber für seine Krankenhauskosten aufkommt. Vom Grundsatz her wäre zweifellos die freie Finanzierung des Krankenhausbaues und die Abdeckung durch die Pflegesätze der unserem Wirtschaftssystem eher entsprechende Weg. Aber das ist eine rein theoretische Überlegung; niemand wird im Augenblick daran denken, diesen Weg zu gehen. Die Krankenkassen müßten dabei ihre Beiträge erheblich erhöhen, und dafür besteht derzeit nicht die leiseste Chance. Es wird also bei der dualen Finanzierung zunächst einmal die nächsten Jahre sicher bleiben, wobei mangels öffentlicher Mittel der Krankenhausbau zweifellos sehr starke Verzögerungen erleidet.

Wenn nun allerdings, wie das vorgesehen ist, in Zukunft die Pflegesätze in Verhandlungen zwischen den Kostenträgern und den Krankenhausträgern ausgehandelt wer-

den und die Pflegesätze steigen werden, dann wird das für die öffentlichen Krankenhäuser natürlich die Konsequenz haben, daß sie wieder mehr Zuschüsse aus Steuermitteln bekommen. Aber wie sollen die privaten und freigemeinnützigen Träger mit dieser Situation fertig werden? Die caritativen werden kaum in der Lage sein, ihr Defizit aus Spenden zu decken, und die rein privaten Krankenhaus-träger stehen dann vor einem nahezu unlösbaren Problem. Hier wird sich dann allerdings auch zeigen, wer besser wirtschaften kann.

Die Kostenentwicklung (und die Kostensenkung, auf die es uns zunächst ankommt) hängt unbestritten mit dem Bettenangebot zusammen. Wir werden uns in den kommenden Jahren zweifellos noch sehr eingehend mit der Frage beschäftigen müssen, ob wir tatsächlich zu viele Betten haben oder ob unsere Bettenzahl dem Bedarf entspricht. Zur Zeit ist bei uns die Relation: 7,4 Akutbetten auf 1000 Einwohner.

Die Vergleiche international sind deswegen schwierig, weil die Trennung in Akutbetten und sonstige Krankenhausbetten nicht überall in der gleichen Weise durchgeführt wird.

Kein Verteilungskampf zwischen Praxis und Krankenhaus

Eines möchte ich hier noch einmal ganz deutlich sagen: Ich sehe überhaupt keinen Anlaß für einen Verteilungskampf zwischen Praxis und Krankenhaus. Wir sollten uns doch ganz nüchtern darüber einigen, daß ein Patient, der ambulant behandelt werden kann, nun einmal nicht ins Krankenhaus gehört, und daß ein Patient, der nach pflichtgemäßem Ermessen ins Krankenhaus gehört, nach wie vor eingewiesen werden muß und nicht in der Praxis behandelt werden kann. Wenn also vor kurzem die Behauptung aufgestellt wurde, die niedergelassenen Ärzte würden sich nicht mehr trauen, die Patienten einzuweisen, auch wenn dies notwendig sei, dann war das, sollte das im Einzelfall wirklich vorgekommen sein, bei diesem Kollegen ein falsches Verständnis unseres Grundsatzes der klaren und sauberen Aufgabenverteilung.

Der Begriff „teilstationär“, der jetzt in den Regierungsentwurf des Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetzes hineinmanipuliert wurde, ist von niemandem definiert worden. Wenn man die Begründung des Gesetzentwurfes liest, handelt es sich um nichts anderes als eine andere Bezeichnung für ambulante Nachbehandlung, also um einen Versuch, einen Teil dessen, was aus dem Referentenentwurf gestrichen wurde, durch die Hintertür wieder hineinzubringen.

Freie Arztwahl auch für psychisch Kranke

Ein Thema, das uns im vergangenen Jahr stetig beschäftigt hat und in der nächsten Zeit weiter beschäftigen wird, ist die Entwicklung der psychiatrischen Versorgung, nicht nur generell, sondern natürlich auch bei uns in Bayern, hier vor allem die Modellpläne für die sozial-psychiatrischen Beratungsstellen. Wenn man die Väter dieser Idee richtig versteht, dann würde sich aus diesen sozial-psychiatrischen Beratungsstellen nichts anderes entwickeln als ein psychiatrisches Ambulatorien-System. Wir sind der Meinung: wenn man schon dauernd davon redet, daß der psychisch Kranke genau so behandelt werden soll wie der somatisch Kranke, dann

muß diese Feststellung auch die freie Arztwahl einschließen. Ich sehe nicht ein, warum der psychisch Kranke nicht in der Lage sein soll, sich einen Nervenarzt seines persönlichen Vertrauens zu suchen. Wenn er selber nicht in der Lage ist, können das seine Angehörigen für ihn tun.

Wir sind uns darüber im klaren, daß der psychisch Kranke besonders gut abgestimmte soziale Hilfen benötigt, und wir haben auch überhaupt nichts dagegen einzuwenden, daß soziale Leistungserbringer mit den niedergelassenen Ärzten vertrauensvoll zusammenarbeiten. Aber wir wehren uns mit Entschiedenheit dagegen, daß psychiatrische Ambulatorien entstehen und dann die freie Arztwahl für den psychisch Kranken zur Illusion gemacht wird. Der bayerische Sozialminister, in dessen Haus diese Dinge bearbeitet werden, hat uns versichert, daß er hier in der Beurteilung völlig mit uns übereinstimmt. Zu konkreteren Ergebnissen, wie das in Bayern gehandhabt werden soll, sind wir aber leider noch nicht gekommen. Ich darf auch erwähnen, daß von seiten des Caritasverbandes, mit dem wir darüber ebenfalls ein Gespräch geführt haben, unsere Meinung voll geteilt wird. Auch der Caritasverband wünscht keine ärztlich besetzten sozial-psychiatrischen Dienste, in denen behandelt wird, sondern man will in Zusammenarbeit mit niedergelassenen Nervenärzten soziale Hilfen anbieten.

Deutliche Verbesserung der perinatalen Versorgung

Zur Perinatalstudie: die Entwicklung war außerordentlich erfreulich. Wenn Sie bedenken, daß wir erst im Jahre 1979 begonnen haben und bereits im ersten Jahr 64 000 Geburten auswerten konnten, dann ist die Steigerung 1980 mit 81 275 geborenen Kindern doch wirklich erfreulich — auf völlig freiwilliger Grundlage! Es haben sich weitere Geburtshelfer angemeldet, die ab Januar nächsten Jahres an unserer Studie teilnehmen wollen. Unser Ziel ist es, der Hundert-Prozent-Grenze so nahe wie möglich zu kommen. Wir haben aber jetzt schon den überzeugenden Eindruck, daß die eingeleiteten Maßnahmen zu einer deutlichen Verbesserung der

Diurese

Spiro-Tablinen
Aldosteronantagonist
Spironolacton 100 mg mikron.

Hydro-long-Tablinen
Chlortalidon 100 mg

Hydro-rapid-Tablinen
Furosemid 40 mg

Spiro-Tablinen
20 Tabl. 41,37; 50 Tabl. 96,85

Indikationen:
Primärer Aldosteronismus, wenn eine Operation nicht möglich ist. Bei folgenden weiteren Erkrankungen können Spiro-Tablinen eingesetzt werden: Sekundärer Aldosteronismus bei Leberzirrhose mit Aszites, hydropische Herzinsuffizienz, schwere Hypertonien, nephrotisches Syndrom, idiopathisches Ödem, akutes Hirnödem, wenn eine befriedigende Behandlung mit anderen Mitteln nicht möglich ist.

Kontraindikationen:
Schwere Nierenfunktionsstörungen, Hyperkaliämie, Hyponatriämie.

Mögliche Nebenwirkungen:
Hyperkaliämie bei Langzeittherapie, Gynäkomastie, Impotenz, Stimmveränderungen bei Mann und Frau, Amenorrhoe, gastrointestinale Störungen, Hautreaktionen.

Hydro-long-Tablinen
20 Tabl. 9,68; 50 Tabl. 19,67

Indikationen:
Ödeme verschiedener Genese, Hypertonie.

Kontraindikationen:
Sulfonamidüberempfindlichkeit, Coma hepaticum, therapieresistente Hypokaliämie, Niereninsuffizienz mit Anurie.

Mögliche Nebenwirkungen:
Hypokaliämie, Hyperurikämie, Hyperglykämie.

Hydro-rapid-Tablinen
20 Tabl. 7,67; 50 Tabl. 16,44

Indikationen:
Ödeme verschiedener Genese.

Kontraindikationen:
Coma hepaticum, Niereninsuffizienz als Folge von Vergiftungen mit nephrotoxischen und hepatotoxischen Stoffen.

Mögliche Nebenwirkungen:
Hypokaliämie, Hyperurikämie.

SANORANIA Dr. G. Strohscheer
1 Berlin 28



Münchener Delegierte

perinatalen Versorgung geführt haben.

Der Rückgang der Neugeborenen-Säuglingssterblichkeit ist überzeugend. Im Jahr 1980 betrug sie nur mehr 10,1 Promille; im Jahr 1970 hatten wir in Bayern noch eine Säuglingssterblichkeit von 25,9 Promille. Damals lagen wir also noch in einem sehr ungünstigen Bereich, während wir uns jetzt immerhin sehr weit in die Spitzengruppe vorgearbeitet haben, wobei man immer wieder betonen muß: Es ist keine Kritik an der Statistik anderer Länder, aber die Genauigkeit, mit der bei uns die Kriterien ermittelt werden und die Zuordnung erfolgt, ist nicht in allen Ländern die gleiche, so daß man bei so sensationell guten Zahlen, wie man sie manchmal liest, doch gewisse Zweifel anmelden darf.

Wir werden in einem Flächenstaat, unter den gegebenen Bedingungen der Industrialisierung, immer mit einer gewissen Neugeborenen-Säuglingssterblichkeit zu rechnen haben. Die Frühgeburtenrate von 7,7 Prozent gibt hierauf einen bededten Hinweis; sie ist ja die wesentliche Ursache der Neugeborenen-Säuglingssterblichkeit. Wenn man nur voll ausgereifte Kinder über 999 Gramm und ohne letale Mißbildungen zugrunde legt, dann beträgt die Neugeborenen-Säuglingssterblichkeit in dieser Gruppe voll ausgereifter gesunder Kinder

nur 2,8 Promille. Bei einem Vergleich mit dem Bundesgebiet liegen wir mit dem jetzigen Ergebnis in der Spitzengruppe zusammen mit Hamburg, das eine Sterblichkeit von 0,7 Prozent aufweist.

Die Beteiligung an den Schwangerenuntersuchungen ist noch nicht ausreichend.

Es muß also nach wie vor bei den Frauen dafür geworben werden, den Arzt in Anspruch zu nehmen, sobald die Frau feststellt oder annimmt, daß bei ihr eine Schwangerschaft vorliegt. Die Beteiligung steigt danach sehr stark an. Die Zahl der „absoluten Nichtteilnehmer“ an der Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung war 1980 nur 0,4 Prozent, eine doch erfreulich geringe Zahl. International ist man sich darüber einig, daß die regelmäßige und häufige Teilnahme an der ärztlichen Schwangerenuntersuchung eine, wenn nicht sogar die wesentliche Voraussetzung für die Verhinderung von Geburtsrisiken ist. Danken darf ich hier den Mitgliedern unseres „Ausschusses für Perinatalogie“, die eine so hervorragende Arbeit geleistet haben.

Neue Dokumentationsbögen für die Tumornachsorge

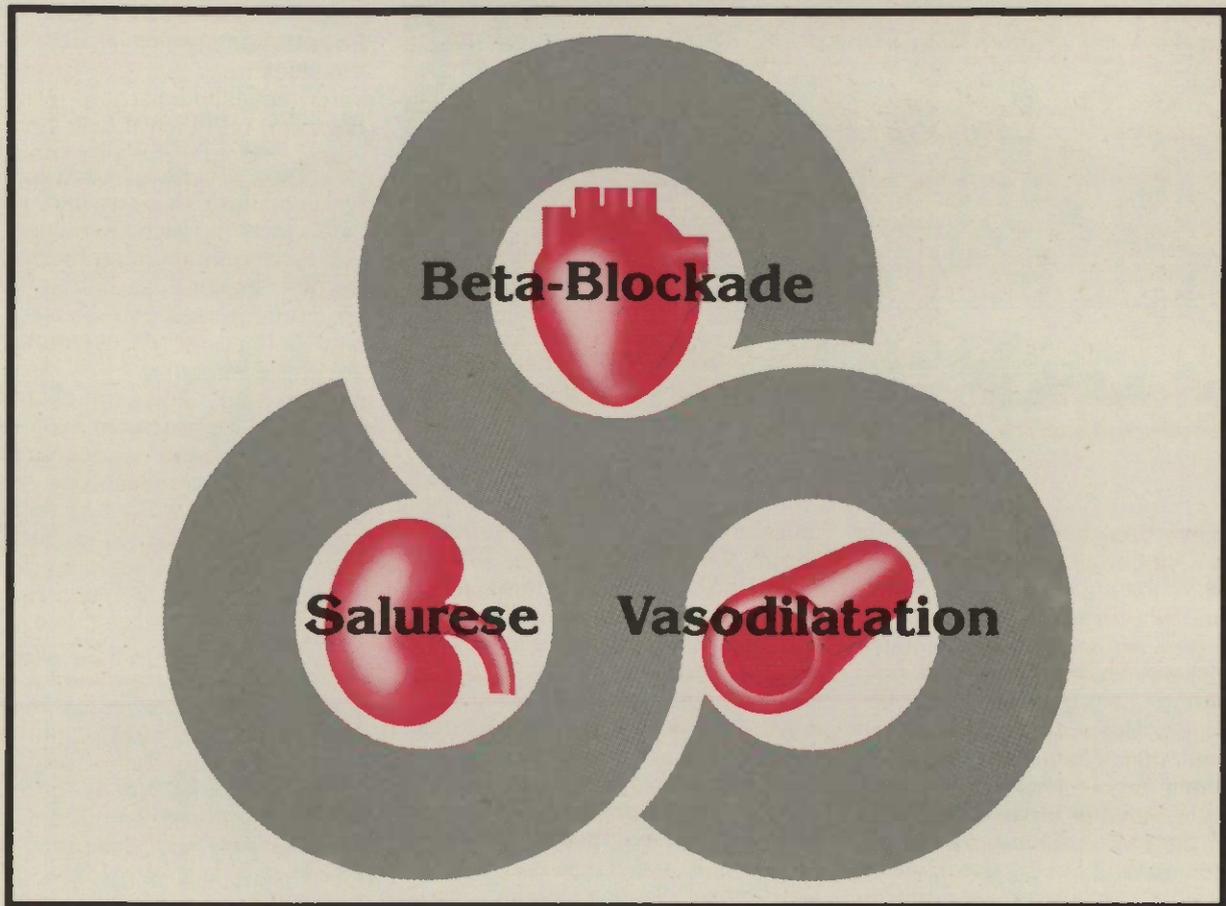
Wir haben, beginnend 1978, eine Art Probelauf der Tumornachsorgeuntersuchungen für Mamma-, Kor-

pus- und Kollumkarzinom in Bayern eingeführt und uns nach Auswertung von 8000 bis 10 000 Fällen der Überarbeitung der Dokumentationsbögen zugewandt. Ich möchte, nachdem die neuen Bögen (s. auch Seite 1075 dieses Heftes) nun vorliegen, den Kollegen vor allem von der Bayerischen Gesellschaft für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, unseren gynäkologischen Kollegen, die zum Teil auch in der Kammerversammlung sind, und dem Berufsverband der Frauenärzte sehr herzlich für die Arbeit danken, die hier geleistet wurde. Die neuen Dokumentationsbögen sind jetzt fertig, und nach diesem Ärztetag werden wir sie den niedergelassenen Ärzten, die hier fachlich angesprochen sind, zur Verfügung stellen, zugleich mit neugestalteten Nachsorge-Terminkalendern, die ebenfalls einen etwas anderen Inhalt bekommen haben. Wir hoffen, daß nach den Erfahrungen, die wir sammeln konnten, die Tumornachsorge, zunächst einmal beschränkt auf die drei oben genannten Tumormustern, von den niedergelassenen Ärzten intensiv betrieben wird.

Auch hier kommt es uns in erster Linie darauf an, daß die Zusammenarbeit zwischen Klinik und Praxis intensiviert wird. Die Primärbehandlung der Tumorkranken erfolgt ja zunächst einmal in der Klinik.

Wir haben in Bayern erfreuliche Entwicklungen auf dem Gebiet der stationären Nachbehandlung. Unsere beiden Tumorkliniken haben im Jahr 1980 über 3500 Patientinnen mit Aufhalten von vier bis sechs Wochen betreut. Diese Aufenthalte dienen in erster Linie der Beseitigung von Nebenwirkungen, von Schäden, die sich aus der Behandlung ergeben haben, z. B. nach einer Röntgenbehandlung, aber auch der Zytostatikatherapie. Daran muß sich eine ambulante Nachbetreuung anschließen, wobei der Kontakt zum Kliniker jederzeit wieder hergestellt werden kann. Wir haben in München die erfreuliche Einrichtung des Telefonkonsils. Jeder Kollege konnte aus dem „Bayerischen Ärzteblatt“ die Telefonliste mit den Namen der Kollegen entnehmen; er hat Gelegenheit, Fachleute anzurufen und sich beraten zu lassen, Fragen abzustimmen. In Erlangen entwickelt sich in gleichem Sinn eine solche Zusammenarbeit. Ich finde das außerordentlich erfreulich.

Trepress[®]



dreifach gegen Hochdruck
wirksam – schonend – einfach
Regeldosis: jeden Morgen 1 Dragée

Zusammensetzung: Ein Dragée enthält: 80 mg Oxprenololhydrochlorid, 25 mg Hydralazinhydrochlorid und 10 mg Chlortalidon. **Indikation:** Hypertonie. **Kontraindikationen:** Atrioventrikulärer Block II. und III. Grades, ausgeprägte Bradykardie, nicht kompensierte Herzinsuffizienz, kardiogener Schock, Asthma bronchiale; Sulfonamid-Überempfindlichkeit, Coma hepaticum, therapieresistente Hypokaliämie, Niereninsuffizienz schwereren Grades; Überempfindlichkeit gegenüber Hydralazin. – Schwangeren sollte TREPRESS, solange noch keine genügenden Erfahrungen mit β -Rezeptorenhemmern vorliegen, nicht verordnet werden. **Nebenwirkungen:** Kardiale und bronchiale Nebenwirkungen sind bei Beachtung der Kontraindikationen sehr selten. – Gelegentlich können, vor allem zu Beginn der Behandlung, Magen-Darmstörungen, Schwindel, Kopfschmerzen, Orthostasen, Müdigkeit und Schlafstörungen auftreten. Diese Erscheinungen sind leichter Natur und erfordern nur selten eine vorübergehende Dosisreduktion. Ganz vereinzelt wurden Überempfindlichkeitsreaktionen (z. B. Jucken und Rötung der Haut) beobachtet. Die Behandlung mit β -Rezeptorenhemmern kann gelegentlich zu peripheren Zirkulationsstörungen (Kältegefühl und Kribbeln an Händen und Füßen) führen. Diese Erscheinungen sind jedoch unter TREPRESS dank der sympathikomimetischen Eigenwirkung von Oxprenolol selten. – Gelegentlich sind Verstopfung der Nase und in Ausnahmefällen Lymphdrüsenanschwellungen und Blutbildveränderungen beobachtet worden. **Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln:** Steigerung der kardiodepressiven Wirkung von Narkotika, der kardi- und neurotoxischen Wirkung von Lithiumsalzen sowie der kaliumausschwemmenden Wirkung von Glukokortikoiden, ebenso Verminderung oder Verstärkung der Wirkung von Antidiabetika möglich. Daher ist bei gleichzeitiger Therapie mit Antidiabetika eine verstärkte Überwachung des Kohlenhydratstoffwechsels notwendig. – Bei gleichzeitiger Gabe von β -Rezeptorenhemmern mit Verapamil ist auf mögliche additive Effekte zu achten; insbesondere nach i. v. Anwendung von Verapamil ist die Auslösung von Herzrhythmusstörungen und Blutdruckabfall nicht auszuschließen.

Dozierung: Im allgemeinen 1 Dragée morgens. – Falls erforderlich, kann die Dosis schrittweise auf 3–4 Dragées über den Tag verteilt, erhöht werden. **Besondere Hinweise:** Bei Herzinsuffizienz ist ausreichende Digitalisierung erforderlich. – Bei starker Bradykardie wird die Gabe von 1 mg Atropinsulfat i. v. und bei nicht genügendem Ansprechen die Verabreichung eines β -stimulierenden Sympathikomimetikums empfohlen. – Patienten mit metabolischer Azidose sollte TREPRESS mit besonderer Vorsicht gegeben werden. – Bei Gichtkranken Kontrolle des Harnsäurespiegels bzw. bei eingeschränkter Nierenfunktion Kontrolle der Plasma-Kreatinin-Werte und des Elektrolythaushaltes erforderlich. – Um einer Kaliumverarmung vorzubeugen, ist auf ausreichenden Kaliumgehalt der Kost zu achten. – Vor einer geplanten Operation ist der Krankenhausarzt von der Behandlung mit β -Rezeptorenhemmern zu unterrichten. – Durch individuell auftretende unterschiedliche Reaktionen kann die Fähigkeit zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr oder zum Bedienen von Maschinen beeinträchtigt werden. Dies gilt in verstärktem Maße bei Behandlungsbeginn und Präparatewechsel sowie im Zusammenwirken mit Alkohol. – Weitere Hinweise siehe wissenschaftlichen Prospekt. **Handelsformen und Preise:** 20 Dragées DM 23,—, 50 Dragées DM 50,05, 100 Dragées DM 92,30; Anstaltspackung. Stand: August 1981.

CIBA-GEIGY GmbH, 7867 Wehr

GEIGY



Oberbayerische Delegierte

Anonyme Speicherung der Befunde

Für die Dokumentation der Befunde sind wir bei dem System geblieben, das wir schon im Probelauf entwickelt haben: absolute Anonymisierung der gespeicherten Befunde. Der Name der Patientin steht nur auf dem Dokumentationsblatt, das beim Arzt verbleibt. Wir bekommen die Befunde unter einer Kennziffer, deren Zuordnung nur der behandelnde Arzt kennt. Unter dieser Kennziffer können wir dann die jeweils nachkommenden Befunde speichern, so daß eine Längsschnittbeobachtung möglich ist, ohne daß wir zu einer offenen personenbezogenen Speicherung übergehen. Das ist auch der Grund, warum wir uns gegen die Einrichtung von Krebsregistern nach dem Beispiel vom Saarland oder Hamburg wenden, weil dort völlig offen personenbezogene Datenspeicherung betrieben wird. Dem einen ist der Tumor wichtig, dem anderen der Rheumatismus und dem dritten der überstandene Herzinfarkt. Wenn jede Krankheitsgruppe in Längsschnittbeobachtung, wie das immer wieder geträumt wird, die Patienten speichert, dann stünde jeder Staatsbürger in einer nicht mehr überschaubaren Zahl von Registern. Das kann keine sinnvolle Entwicklung sein.

Im übrigen darf ich — etwas Erfreuliches — berichten, daß wir mit den Krankenkassen eine Übereinkunft erzielen konnten, wonach diejenigen Kollegen, welche die Dokumen-

tationsbögen für die Tumornachsorge führen, dafür eine Gebühr nach der Ziffer 16 b des Bewertungsmaßstabes in Rechnung stellen können, ein erfreuliches Zugeständnis der RVO-Kassen. Von den Ersatzkassen haben wir noch keine definitive Zusage, weil dort die Bundesebene maßgeblich ist, und da gibt es natürlich gelegentlich Schwierigkeiten. (Die Ersatzkassen haben bis zur Drucklegung dieses Berichtes zugestimmt und damit die Abrechnung dieser Gebühr ebenfalls anerkannt.)

Arzneiverordnungen — Greiser-Liste

Dieses Thema beschäftigt uns vor allem natürlich im Bereich der kassenärztlichen Versorgung. In der letzten Zeit ist es in der Öffentlichkeit deswegen sehr ins Gespräch gekommen, weil die sogenannte Greiser-Liste in ungewöhnlich politischer Weise vorgestellt wurde. Herr Greiser ist ein Pharmakologe, und es war eigentlich für niemanden verständlich, warum eine wissenschaftliche Arbeit, die Vorlage einer Beurteilungsliste für Medikamente, in einer Pressekonferenz der SPD in Bonn unter Teilnahme der Herren Ehrenberg und Büchner erfolgte. Ich glaube, eine solche rein auf die therapeutische Tätigkeit bezogene Arbeit hätte man in einer sehr sachlichen Form vorstellen können. Aber immerhin, auf diese Weise sind manche Fragen ins Ge-

spräch gekommen. Zu dieser Greiser-Liste gab es rasch heftige Reaktionen aus Kreisen der Ärzteschaft. Unter anderem wurde die Forderung erhoben: jetzt wollen wir aber doch erst einmal diese Liste der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft geben und die soll sagen, welcher „Unsinn“ da drin steht.

Ich habe schon wiederholt darauf hingewiesen: Diejenigen, die diese Forderung erhoben, haben sich leider vor Herrn Greiser und seiner Liste noch nie richtig intensiv mit Arzneiverordnung beschäftigt. Denn vor der Greiser-Liste haben wir allen niedergelassenen Ärzten die neue Auflage der Arzneiverordnungen, herausgegeben von den Mitgliedern der Arzneimittelkommission, ins Haus geschickt. Wenn man in diesem neuen wunderschönen Arzneiverordnungsbuch der Arzneimittelkommission das Kapitel Herzglykoside aufschlägt und dort das Unterkapitel Kombinationspräparate, dann steht da genau das, was Herr Greiser im einzelnen zu den Kombinationspräparaten ausgeführt hat. Denn die Arzneimittelkommission sagt zu den Kombinationspräparaten: sie sind nicht empfehlenswert. Das heißt, Herr Greiser hat überhaupt nichts Neues gebracht, er hat seine Aussagen nur auf jedes einzelne Präparat bezogen. Aber Herr Greiser hat es plakativ getan; damit kam er ins Gespräch. Das neue Buch der Arzneimittelkommission haben wir ganz dezent jedem Doktor zugeschickt; darum wurde es wahrscheinlich nicht genügend beachtet. Ich möchte also ganz herzlich bitten, allen Kollegen immer wieder zu sagen, sie sollen gerade dieses Verordnungsbuch als Ratgeber benützen. Ich hoffe, daß die pharmazeutische Industrie in Kürze in der Lage sein wird, die Kombinationspräparate der Herzglykoside vom Markt zu nehmen, weil die informierten Ärzte sie nicht mehr verordnen.

Im übrigen ist das Problem der Kostenentwicklung bei Arzneimitteln nach wie vor noch nicht völlig geklärt. Wir kennen natürlich die Verordnungshäufigkeit der Medikamente; wir wissen, daß ein orales Diabetikum das meist verordnete Präparat in der Bundesrepublik ist. Wir haben versucht, nun festzustellen, wie sich die Preissteigerung bei den Arzneimitteln auf die verschiedenen Präparate verteilt (es werden bisher



Niederbayerische Delegierte

immer nur Durchschnittswerte für die Preisentwicklung angegeben). Dabei zeigt sich, daß bei häufig verordneten Medikamenten die Preise vielfach stärker angehoben wurden als bei den seltenen. Im Durchschnitt erscheint so eine Zahl, die das tatsächliche Bild nicht voll widerspiegelt. Denn wenn ein Medikament tausendfach verordnet wird und hier der Preis um neun Prozent angehoben wird, wirkt sich das natürlich stärker aus als bei selten verordneten Medikamenten.

Entwurf der Gebührenordnung so nicht akzeptierbar

Ein ganz schwieriges und für uns beklemmendes Thema ist die Diskussion über den neuen Entwurf einer Amtlichen Gebührenordnung. Die Älteren von uns haben noch mit der Preugo gearbeitet. 1965 ist es gelungen, an die Stelle der Preugo die Amtliche Gebührenordnung, GOÄ, zu setzen. Die GOÄ war damals nichts anderes als die übernommene Gebührenordnung der Ersatzkassen, und es war wirklich außerordentlich schwierig und hat auch innerärztlich erhebliche Kämpfe gegeben, bis wir diese GOÄ endlich realisieren konnten. Der bayerische Innenminister Junker war damals der Vorsitzende des zuständigen Ausschusses des Bundesrates, als es um die Zustimmung des Bundesrates zur GOÄ ging. Es wurde von einigen Ländern heftigster Widerstand geleistet, den Junker da-

mals überwinden konnte. Damit kam es zur Zustimmung des Bundesrates zur GOÄ. Das hat uns Ärzten damals doch einen enormen Fortschritt in der Honorierung ärztlicher Leistungen gebracht. Zu bedenken ist dabei, daß damals die GOÄ auch noch die Grundlage der kassenärztlichen Honorierung gewesen ist. Inzwischen haben wir für die Kassen eine völlig eigene Gebührenregelung.

Für eine Novellierung der Gebührenordnung ist es ohne Zweifel höchste Zeit. Aber das, was jetzt vom Hause Ehrenberg vorgelegt wurde, ist sowohl in den allgemeinen Bestimmungen als auch im Gebührenteil für die Ärzteschaft insgesamt so nicht annehmbar. Wir müssen uns massiv dagegen wehren, daß dieser Entwurf Realität wird. Das Präsidium des Deutschen Ärztetages, also die Repräsentanz der Körperschaften und Verbände, hat sich mit diesem Entwurf in einer Sondersitzung sehr eingehend beschäftigt und in einer umfangreichen Stellungnahme begründet, warum wir diesen Entwurf ablehnen müssen. Dabei befaßte sich das Präsidium noch nicht mit den Gebührensätzen, sondern zunächst einmal mit den allgemeinen Bestimmungen; denn die allgemeinen Bestimmungen weichen nach unserer Überzeugung vom geltenden Recht ab. Nach § 11 der Bundesärzteordnung hätte die Bundesregierung mit Zustimmung des Bundesrates eine Taxe für die Vergü-

lung ärztlicher Leistungen im Rahmen des bürgerlichen Dienstvertragsrechtes vorlegen müssen. Was vorgelegt wurde, ist eine Art Vertragsgebührenordnung, in der sämtliche einengenden Bestimmungen enthalten sind, die aufgrund der Verhandlungen mit unseren Vertragspartnern, den gesetzlichen Krankenkassen, im Laufe der Jahre im Kompromißweg immer wieder einmal geschluckt werden mußten mit Höchstwertbegrenzungen und ähnlichem.

Als skandalös muß man die geplante Regelung für den Gebührenrahmen bezeichnen. Es soll nur noch ein dreifacher Gebührenrahmen zulässig sein, aber auch der soll weitestgehend eingeschränkt werden und praktisch nicht anwendbar sein. Denn ein entscheidendes Kriterium aller bisherigen Gebührenordnungen ist – so der Entwurf – in Wegfall gekommen, die Berücksichtigung der Vermögenslage des Patienten. Das ist nicht akzeptabel. Bisher war neben der Schwierigkeit der Leistung auch dieser Gesichtspunkt berücksichtigungsfähig. Nach der derzeitigen Rechtsprechung war es so, daß bis zum dreifachen Satz der Patient beweisen mußte, daß die Höhe der Rechnung für ihn unzumutbar ist. Vom dreifachen bis zum sechsfachen Satz mußte ihm im Streitfall der Arzt die Gründe darlegen, warum er den hohen Multiplikator gewählt hat. Nach der jetzt vorgesehenen Regelung wäre es praktisch eine Einheitsgebühr: der zweifache Satz wird zum Einheitssatz, wobei zu berücksichtigen ist, daß der Einheitsatz etwas unter den Gebühren der Kassengebührenordnung liegen sollte, insgesamt also eine Einebnung, wobei die sogenannten technischen Leistungen noch deutlich stärker eingengt werden sollen.

Inzwischen sind Berechnungen von den verschiedenen Fachgebieten angestellt worden, die zeigen, daß bei Anwendung der neuen Gebührenordnung Einkommensverluste in der Größenordnung bis zu 40 und mehr Prozent eintreten würden. Das ist einfach nicht zumutbar.

Wir werden erst bereit sein, über die Bewertung der Leistungen zu verhandeln, wenn wir über die allgemeinen Bestimmungen einig sind. Das muß allem vorausgehen. Ich darf Herrn Vilmar, Herrn Deneke

und Herrn Brauer, die sich in der Bundesärztekammer um diese Arbeit sehr verdient gemacht haben, herzlich für Ihren Einsetz danken.

Dem Gebiet der Gebührenordnung werden wir also unsere besondere Aufmerksamkeit zuwenden. Denn wenn uns schon auf dem Sektor der kassenärztlichen Vergütung ein Preisstopp bis zum Ende des Jahres 1982 praktisch aufgezwungen wird, dann kann man für den schmalen Sektor, der noch verbleibt, einfach nicht akzeptieren, daß hier eine Gebührenordnung in Kraft tritt, die nichts anderes als eine Nivellierung ist und die den Ärzten einen weiteren Einkommensverlust zumutet.

Weltärztebund über ärztliche Ethik

Noch einen ganz kurzen Blick über die Grenzen! Vor einer Woche ging die Generalversammlung des Weltärztebundes zu Ende. Dort sind eine Reihe recht beachtlicher Beschlüsse gefaßt worden. In einer Deklaration von Lissabon wurden die Rechte der Patienten im einzelnen kodifiziert. Es wurde eine Deklaration über die Sportmedizin verabschiedet, in der die Grundsätze ärztlichen Handelns für den Sportarzt festgelegt sind. Und was uns vielleicht im ersten Augenblick nicht verständlich erscheinen mag: Es wurde eine dringende Resolution gegen die Mitwirkung von Ärzten bei der Vollziehung der Todesstrafe beschlossen. Für einen deutschen Arzt ist ein solcher Beschluß völlig unverständlich. Was soll denn der Arzt beim Vollzug der Todesstrafe? Dieser Beschluß hatte in der vergangenen Woche jedoch ganz besondere Bedeutung; denn in einem Staat der Vereinigten Staaten ist der Vollzug eines Todesurteils durch eine Giftspritze angeordnet worden. Diese Giftspritze sollte von einem Arzt verabreicht werden. Deswegen haben die amerikanischen Kollegen gleich zu Beginn der Generalversammlung dringend gebeten, daß der Weltärztebund hiergegen einen flammenden Protest beschließt. Dieser wurde dann amerikanischen Behörden zugeleitet und ist auch in die Weltpresse gegangen. Denn wir sind uns alle darüber einig, daß ein Arzt zu helfen, zu heilen hat, aber daß es nicht zumutbar ist, von einem Arzt zu verlangen, daß er am Voll-

zug einer Strafe, hier sogar der Todesstrafe, mitwirkt.

Aber das ist nicht der einzige Fall. In der islamischen Welt ist bekanntlich das Handabhacken eine gängige Strafe für Vergehen, die wir in unserem Land für relativ harmlos halten würden, nämlich Diebstähle. Die Hand soll nun nicht mehr durch einen Beamten mit der Axt abgehackt werden, sondern ein Arzt soll sachgemäß die Hand amputieren. Deswegen haben sich Ärzte aus der islamischen Welt hilfesuchend an uns gewandt.

Dank

Der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, Professor Dr. Sewering, dankte zum Abschluß des 34. Bayerischen Ärztetages dem Ärztlichen Kreisverband Lindau sowie dem Ärztlichen Bezirksverband Schwaben für ihre Gastfreundschaft.

Mit einem herzlichen Dank an alle Mitarbeiter der Geschäftsführung der Kammer für den guten organisatorischen Ablauf schloß Professor Dr. Sewering den 34. Bayerischen Ärztetag.

Man muß gerade bei den Beschlüssen des Weltärztebundes immer die unwahrscheinlich unterschiedlichen Situationen in den Mitgliedsländern berücksichtigen. Vom Entwicklungsland bis zum hochentwickelten Land sitzen ja alle beisammen. Mit manchen Beschlüssen rennt der Weltärztebund für uns in Europa offene Türen ein; für andere Länder haben sie dagegen eine ganz eminente Bedeutung. Das heißt, der Weltärztebund konnte seit seinem Bestehen gerade den Ärzten in den Entwicklungsländern außerordentliche Hilfestellung geben. Aber darüber hinaus sind manche Deklarationen — wie etwa diejenigen über die Feststellung des Todeszeitpunktes oder über Arzneimittelversuche am Menschen — auch in den entwickelten Ländern außerordent-

lich beachtet worden, so hat sich z. B. der vom Weltärztebund statuierte Grundsatz, die Feststellung des Todes und die Entnahme von Organen dürfen nicht von denselben Ärzten vollzogen werden, inzwischen allgemein durchgesetzt.

Die Deklaration über die Sportmedizin wendet sich natürlich auch an die entwickelten Länder; denn es sind die Spitzenländer, in denen mit Arzneimitteln Mißbrauch getrieben wurde, um die Leistungsfähigkeit der Sportler unnatürlich zu steigern, oder in denen junge Menschen zu Spitzensportlern hochtrainiert wurden, die dann einige Jahre später — ich denke an die jungen Mädchen beim Kunstturnen — schwerste Schäden an der Wirbelsäule hatten. Hier ist der Appell an die Sportmedizin in aller Welt doch recht bedeutend.

Die Bundesrepublik ist zahlenmäßig das zweitgrößte Mitgliedland des Weltärztebundes. Wir haben uns dort, wie ich meine, einen recht angesehenen Platz erarbeitet. Wir sind in die Ärztfamilie der Welt eingezogen. Ich glaube, daß ein solcher Weltärztebund einen sehr wesentlichen Beitrag leisten kann zur Verständigung der Völker und zum besseren Kennenlernen und damit auch zur Sicherung des Friedens und zu einer sinnvollen Entwicklung auf dieser Welt.

Wir Ärzte haben bei unseren Überlegungen immer das Wohl unserer Mitmenschen im Auge. Deshalb sind wir von Natur aus Gegner jeder Gewalt, und wir können uns hier nur mit den Ärzten in aller Welt zusammenschließen, um gemeinsam unseren bescheidenen Beitrag zur Erhaltung des Friedens zu leisten. Wir haben ohnedies genügend Gewaltakte ringsum.

Trotz aller schlechten Zeiten werden wir uns als ärztliche Berufsvertretung bemühen, unsere Beiträge zur Frage der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung zu leisten, im Rahmen der uns gegebenen Möglichkeiten und mit den Mitteln, die man uns zur Verfügung stellt. Ich glaube, gerade wenn schlechtere Zeiten heraufziehen, hat der Arzt eine besonders wichtige Aufgabe zu erfüllen. Dieser Aufgabe wollen wir weiterhin dienen und dem dient auch die Arbeit dieses Bayerischen Ärztetages.

Die klassische Hochdrucktherapie

® Adelphan - Esidrix



verhindert die Spätfolgen des Hochdrucks

Zusammensetzung: Eine Tablette enthält: 0,1 mg Reserpin + 10 mg Dihydralazin-sulfat + 10 mg Hydrochlorothiazid. **Indikationen:** Arterielle Hypertonie. **Kontraindikationen:** Sulfonamidüberempfindlichkeit, Coma hepaticum, therapieresistente Hypokaliämie, Niereninsuffizienz schwereren Grades; hochgradige Koronarsklerose; Depressionen, Magen-Darm-Ulzera, Kolitis und Gastroenteritis – auch in der Anamnese. **Nebenwirkungen:** Zu Behandlungsbeginn gelegentlich Nausea und Tachykardie. In seltenen Fällen Hypokaliämie, Hyperglykämie, Hyperurikämie, orthostatische Regulationsstörungen, Verstopfung der Nase, migräneartige Kopfschmerzen, Müdigkeit, Schwindel, Lymphdrüsenanschwellungen, Blutbildveränderungen, Magen-Darm-Ulzera, gesteigerte Magen-Darm-Motilität, Potenzstörungen oder depressive Verstimmungen. **Wechselwirkungen:** Der Reserpin-Anteil kann die bradykarde Wirkung der Digitalisglykoside sowie die Wirkung zentral dämpfender Pharmaka und den blutdrucksenkenden Effekt anti-

hypertensiver Pharmaka verstärken. – Der Hydrochlorothiazid-Anteil kann die Wirkung von Antidiabetika verringern, die kardo- und neurotoxische Wirkung von Lithiumsalzen sowie den kallausschwemmenden Effekt von Glukokortikoiden erhöhen und die Wirkung von Herzglykosiden bei bestehendem Kaliummangel verstärken.

Dosierung: Behandlungsbeginn im allgemeinen 1–2mal 1 Tablette pro Tag, evtl. vorübergehende Dosissteigerung. Zur Dauerbehandlung genügt vielfach 1 Tablette täglich. **Besondere Hinweise:** Durch individuell auftretende unterschiedliche Reaktionen kann die Fähigkeit zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr oder zum Bedienen von Maschinen beeinträchtigt werden. – Dies gilt in verstärktem Maße bei Behandlungsbeginn und Präparatewechsel sowie im Zusammenwirken mit Alkohol. – Bei höherer Dosierung und eingeschränkter Nierenfunktion sind die Plasma-Kreatininwerte sowie der Elektrolyt-

haushalt zu kontrollieren. **Handelsformen und Preise:** 20 Tabletten DM 9,30, 50 Tabletten DM 20,70, 100 Tabletten DM 35,85; Anstaltspackung. Stand: August 1981



CIBA-GEIGY GmbH, 7867 Wehr

AdE 5

Erfolgreiche Arbeit für die Freien Berufe

Vizepräsident Dr. H. Braun

Unsere zentrale Famulaturvermittlungsstelle läuft wie bisher sehr gut und fast reibungslos. Wir haben auch die Vermittlung von Krankenhausfamulaturen eingebaut. Die Entwicklung der Allgemeinmedizin ist demgegenüber nicht so erfreulich.

Am 30. Juni 1981 waren in Bayern niedergelassen 2766 Allgemeinärzte und 2546 praktische Ärzte. Das sind zusammen 5312 Ärzte. Das entspricht 44,2 Prozent aller niedergelassenen Ärzte.

Gebietsärzte waren zum gleichen Zeitpunkt 6708 niedergelassen, was einem Prozentsatz von 55,8 Prozent entspricht. Davon waren 1785 Internisten = 14,8 Prozent und 428 Chirurgen = 3,5 Prozent.

Beachtet muß also vor allem das Verhältnis 44,2 Prozent allgemeinärztlich Tätige zu 55,8 Prozent gebietsärztlich Tätigen werden. Im Verhältnis zum Bundesgebiet stehen wir allerdings noch gut da; denn dort beträgt das Verhältnis allgemeinärztlich Tätige 39,5 Prozent zu 60,5 Prozent gebietsärztlich tätigen Ärzten.

Allgemeinmedizin: Neuzugang und Abgang nahezu gleich groß

Die Bayerische Landesärztekammer hat im Berichtszeitraum 773 Urkunden für Anerkennungen von Gebietsbezeichnungen ausgestellt. Davon waren 108 Urkunden für Allgemeinärzte. Dies entspricht im ganzen nur 14 Prozent aller Anerkennungen. Die Internisten liegen nach wie vor mit 154 Urkunden an der Spitze. Die Kassenzulassung erhielten im selben Zeitraum 87 Allgemeinärzte, das sind 23 Prozent und 278 praktische Ärzte, das sind 77 Prozent. Im ganzen wurden also in Bayern 365 in der Allgemeinmedizin tätige Ärzte zugelassen. Die Allgemeinärzte haben in diesem Zeitraum um 0,7 Prozent abgenommen und die praktischen Ärzte um 3,7 Prozent zugenommen. Aus den Zahlen ergibt sich also, daß dem verhältnismäßig großen Neuzugang ein fast gleich großer Abgang entspricht.



Dr. H. Braun

Weiterbildungsermächtigte Kollegen im Bereich der Allgemeinmedizin haben wir zur Zeit 336 Allgemeinärzte und 21 Gebietsärzte. Bei den Gebietsärzten handelt es sich um solche Kollegen, die keine Weiterbildungsermächtigung für ihr eigenes Gebiet erhalten konnten, die aber durchaus in der Lage sind, in ihrem Gebiet angehende Allgemeinärzte kurzfristig weiterzubilden.

Bayerische Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin

Das Präsidium besteht aus fünf Mitgliedern: Präsident ist Herr Professor Dr. Valentin, der Lehrstuhlinhaber für Arbeits- und Sozialmedizin an der Universität Erlangen-Nürnberg. Sein Stellvertreter bin ich. Der Arbeitgeber-Vertreter ist Herr Baier von der Firma Kraus-Maffei. Der Arbeitnehmer-Vertreter der frühere Vorsitzende der IG-Metall in Bayern und ehemalige Landtagsabgeordnete Herr Essl. Das Bayerische Arbeitsministerium vertritt Herr Kollege Dr. Hall. Der Geschäftsführer ist unser Kollege Regierunqsmedizinalkdirektor Dr. Brenner.

Die Akademie hatte in den letzten Monaten und Jahren zum Teil große Probleme zu bewältigen, weil z. B. die Vertreterin von Dr. Brenner ausgefallen war und bis heute noch

kein neuer Stellvertreter ernannt ist. Dabei wickelt die Akademie, wie Sie selbst aus den Mitteilungen im „Bayerischen Ärzteblatt“ und auch im „Deutschen Ärzteblatt“ entnehmen können, ein volles Programm mit je vierwöchigen Kursen ab, wobei alle die Kollegen, die den Arzt für Arbeitsmedizin anstreben, einen dreimonatigen Kurs benötigen und die, die nur die Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin wollen, einen mindestens vierwöchigen Kurs absolvieren müssen. Die Kurse sind alle voll ausgebucht.

Ein neues Problem hat sich ergeben, weil das Bayerische Staatsministerium für Arbeits- und Sozialordnung, dem diese Akademie untersteht, auf Welsung des Finanzministeriums nicht mehr gewillt ist, für qualifizierte Referenten, die meist aus dem Hochschulbereich kommen, auch fernerhin wie bisher DM 200 für eine Unterrichtsstunde zu bezahlen. Für Referenten aus dem öffentlichen Dienst – und dazu gehören ja auch Hochschullehrer – soll zukünftig nur mehr ein Satz von DM 68 bezahlt werden. Es ist selbstverständlich, daß es damit außerordentlich schwer fallen wird, qualifizierte Referenten zu gewinnen.

Es ist nun beabsichtigt, in einem gemeinsamen Gespräch des Präsidiums mit dem bayerischen Arbeitsminister und auch mit dem Finanzminister eine Änderung dieses Zustandes herbeizuführen.

Freie Berufe in Bayern

Dem Verband Freier Berufe in Bayern gehört auch die Bayerische Landesärztekammer (neben dem Hartmannbund und der Kassenzärztlichen Vereinigung Bayerns) an. Es handelt sich hier um einen Verbände-Verband, dem zur Zeit 42 Organisationen von Freiberuflern angehören. In diesem Verband wird das ganze breite Spektrum der Freiberufler in Bayern abgedeckt. Der Verband ist in den letzten Jahren außerordentlich aktiv gewesen und hat besonders im politischen Raum viel erreicht. Darum werden wir auch von anderen Ländern sehr beneidet. So haben die Freien Berufe im Bayerischen Senat vier Sitze. Außerdem sind sie im Länderplanungsbeirat und in den Bezirksplanungsräten mit je einem Sitz vertreten. Bei der Beratung des bayerischen



Oberpfälzische Delegierte

Datenschutzgesetzes ist es uns gelungen, im Beirat des Landesbeauftragten für den Datenschutz einen Sitz für die Freien Berufe zu erlangen. Im Bayerischen Rundfunk- und Fernsehrat haben wir ebenfalls einen Sitz. Es hat vor der letzten Bundestagswahl viel Ärger gegeben, weil der Hauptgeschäftsführer des Bundesverbandes ohne Kenntnis des Präsidiums und des Präsidenten in einem Rundschreiben praktisch empfohlen hat, die F.D.P. zu wählen. Die CDU/CSU-regierten Länder hat dies natürlich außerordentlich betroffen. Besonders verärgert darüber war der Bayerische Ministerpräsident.

Der Verband Freier Berufe in Bayern hat schon vorher und nochmals nach einem Gespräch, das ich mit dem bayerischen Wirtschaftsministerium führte, energisch gegen dieses Vorgehen protestiert. Diesem Protest haben sich auch andere Mitgliedsorganisationen des Bundesverbandes angeschlossen. Dies führte immerhin dazu, daß in kurzer Zeit eine Aussprache mit den Wirtschaftsministern der CDU/CSU-regierten Länder zustande kam.

Verhältnis zum Bundesverband der Freien Berufe

Neuere Bestrebungen des Bundesverbandes gingen dahin, die Landesverbände, die im Bundesverband Mitglied sind, gleichzuschalten und praktisch dem Bundesverband

unterzuordnen. Dagegen haben wir uns in Bayern hart gewehrt, weil wir keine Untergliederung des Bundesverbandes als Landesverband sind und es auch nicht werden wollen. Der Verband Freier Berufe in Bayern ist als e. V. eine vollständig selbständige Organisation. Er wird es auch bleiben. Dieser unserer Stellungnahme haben sich dann auch fast alle anderen Landesverbände im Bundesgebiet angeschlossen.

Was wir als Verband Freier Berufe in Bayern auf politischer Ebene erreicht haben, geht auch daraus hervor, daß die Freien Berufe im Mittelstandsbericht des bayerischen Wirtschaftsministeriums besonders für das letzte Jahr sehr eingehend und umfassend gewürdigt worden sind. Dies alles kommt natürlich nicht von ungefähr. Dies war nur dadurch zu erreichen, daß wir in den letzten Jahren zahlreiche Gespräche mit Ministern und Parlamentariern geführt haben. Besonders zu Dank verpflichtet sind wir dabei dem bayerischen Wirtschaftsminister, Herrn Anton Jaumann, der die Freien Berufe in einem eigenen Ressort in seinem Ministerium betreut und den wir häufiger zu Gesprächen bei uns hatten. Es wurden dabei die Probleme der steuerlichen Behandlung der Vorsorgeaufwendungen für Alter und Krankheit, die Konkurrenz der öffentlichen Hand zu den Freien Berufen, die Kartellgesetzgebung, die Fragen von Gebührenordnungen für manche Berufsgruppen, die

Probleme der Künstler und anderes mehr angesprochen.

Wer öfter in das bayerische Ärztehaus kommt, wird schon bemerkt haben, daß wir ein- bis zweimal im Jahr auch eine Kunstausstellung veranstalten. Einmal zumindest ist sie verbunden mit unserer jährlichen Delegiertenversammlung mit einer öffentlichen Veranstaltung und musikalischem Rahmen.

Als Präsident dieses Verbandes bin ich auch Vorsitzender des Instituts für Freie Berufe an der Universität Erlangen-Nürnberg. Dieses Institut ist das einzige dieser Art in Europa. Im Auftrag unseres Verbandes ist dieses Institut gerade daran, einen sehr umfangreichen Forschungsauftrag über die ökonomische Bedeutung der Freien Berufe in Bayern abzuschließen. Dieser Forschungsauftrag, der mehrere hunderttausend Mark verschlungen hat, ist voll vom bayerischen Wirtschaftsministerium finanziert worden. Der zweite Band, der die Heilberufe betrifft, ist bereits erschienen. In dieser Studie sind vielfache Aspekte der Freien Berufe untersucht worden, wie es noch nirgends geschehen ist. Es ging dabei nicht nur um die Umsätze und um die Steuerkraft der Freien Berufe, sondern z. B. auch um die Zahl ihrer Beschäftigten, um die Zahl der Auszubildenden, um die Bedeutung der Freien Berufe als Abnehmer für die Wirtschaft und anderes mehr. Als Endergebnis steht schon heute fest, daß die Freien Berufe in Bayern am Bruttosozialprodukt einen höheren Anteil haben als die Landwirtschaft.

Im Beirat der Politischen Akademie in Tutzing vertrete ich ebenfalls die Freien Berufe. Wir haben im vergangenen Sommer in dieser Akademie ein sehr gelungenes Wochenendseminar veranstaltet. Bei der Abschlußdiskussion waren am Podium immerhin fünf bayerische Staatsministerien vertreten.

Mit dem Ergebnis des eben erwähnten Forschungsauftrages werden wir im nächsten Sommer in der Politischen Akademie in Tutzing ein weiteres Seminar veranstalten zum Thema: „Darstellung der Freien Berufe in der Öffentlichkeit“. Ich hoffe, daß sich mit diesen Aktivitäten das in der Öffentlichkeit doch sehr angegratzte Bild nicht nur der Ärzte, sondern aller Freien Berufe etwas korrigieren läßt.

Dialog zwischen Ärzten in Krankenhaus und Praxis fortsetzen

Vizepräsident Dr. G. Fuchs

Die Ausschubarbeit des abgelaufenen Jahres ist, mehr als in den Jahren zuvor, gekennzeichnet durch das Bemühen der Krankenhausärzte um eine Standortbestimmung und Stellenwertfindung. Der Anspruch der Krankenhausärzte, mit diesen ihren Problemen mehr als bisher vor dem Forum Bayerischer Ärztetag Gehör zu finden, gründet sich auch auf ihre zahlenmäßige Stärke. Mehr noch gründet er sich aber auf das Gefühl – trotz des Eingeständnisses, daß das Krankenhaus heute noch für 80 Prozent der Kollegen Durchgangsstation ist –, jenen verbleibenden 20 Prozent ein besonderer Anwalt sein zu sollen.

Für seinen Ablauf und das noch nicht erzielte einvernehmliche Ergebnis erscheint mir sehr hinderlich, daß dieser Denkprozeß seinen letzten, wirksamen Anstoß von außen erhielt: der Motor heißt Kostendämpfung! Sie hat viele nach innen gerichtete standortanalysierende Aktivitäten nach außen gewendet, zu reinen Abwehrmechanismen verkommen lassen. Die Feindbilder wechselten dabei häufig (Kostenträger, Gesetzgeber, Krankenhausträger, die niedergelassenen Kollegen), nicht selten waren es im strittigen Einzelfall gerade die verkehrten, die man sich auf beiden Seiten ausgesucht hatte und obendrein mit falschen Argumenten trektierte. Allzu oft stand und steht man sich selbst im Wege oder läßt die vielfältigen Möglichkeiten des großzügig geschaffenen Instrumentariums – immerhin befassen sich die Hälfte der Ausschüsse mit den Problemen des Krankenhauses und der Kliniken – weitgehend ungenutzt.

Es ist unergiebig, wenn die Frage, ob an unseren Universitätskliniken einer möglichst langen Verweildauer unserer Kollegen oder einer bestmöglichen Ausgestaltung ihrer Arbeitsbedingungen Priorität zukommt, im zuständigen Ausschuß bis heute nicht kompromißfähig erscheint. Dieser Tatbestand sogar Kontakte mit dem Kultusministerium, das, hoffentlich immer eingeladen, auch heute wieder als not-



Dr. G. Fuchs

wendiger Ansprechpartner in für uns wichtigen Fragen nicht zur Verfügung steht.

Es ist auch bedenklich, wenn einer der mit Krankenhausfragen befaßten Ausschüsse glaubt, die echte Sorge um das gesamte Krankenhaus alleine für sich in Anspruch nehmen zu können. Es ist zudem wenig hilfreich, wenn es dieser Ausschuß für richtig hält, diese seine Meinung in den Blättern eines Protokolls begraben zu sollen.

Lassen Sie uns doch gemeinsam lernen, Konflikte offen auszutragen, sie als Chance für einen neuen Anfang zu begreifen und sie nicht, um den Freiburger Medizinsoziologen von Troschke zu zitieren, als soziale Kunstfehler mißzuverstehen und deshalb zu verdrängen.

Bayern-Vertrag aus der Sicht der Krankenhausärzte

Ein solcher Konflikt lag auch in der sehr unterschiedlichen Beurteilung der Philosophie des „Bayern-Vertrages“. Die Krankenhausärzte haben gerne und mit Befriedigung zur Kenntnis genommen, daß sich jenes

„soviel ambulant wie möglich, so wenig stationär wie nötig“ nicht gegen sie richten sollte. Aber niemand wird ernsthaft bestreiten wollen, daß es am Krankenhaus seine Auswirkungen zeigen wird und soll. Bei der Vielzahl der an der Diskussion beteiligten und interessierten Gruppierungen, bei unterschiedlichster Interessenlage, war auch abzusehen, daß die Diskussion sehr schnell eine kaum beeinflussbare Eigendynamik entwickeln würde.

Wir – Krankenhausärzte und niedergelassene Kollegen – hatten uns leider daran gewöhnt, vermeidbare Konflikte der Kooperation und der Koordination, wie unnötige Doppeluntersuchungen, verzögerte gegenseitige Befundübermittlung, unangemessene ambulante Krankenhauswiedereinbestellungen und dergleichen mehr, zwar zu formulieren, sie auch zur Kenntnis zu nehmen, sie jedoch nicht energisch auszuräumen.

Wir waren dann in erschreckender Weise sprachlos, als jene unsinnige und verlogen-ungerechte Debatte über das wegen seiner Technik insbesondere inhumane Krankenhaus in diesen Vorwurf auch alle ärztlichen und pflegerischen Mitarbeiter einbezog.

In dieser, wie ich meine, von allen als bedrückend empfundenen Situation wirkte die Bereitschaft des Herrn Kammerpräsidenten, zu einem vorweihnachtlichen gemeinsamen Gespräch der Spitzenvertreter der Kassenärztlichen Vereinigung und der Krankenhausärzte im Kammervorstand und in den beiden zuständigen Ausschüssen zusammenzukommen, hilfreich und befreiend. In der Rückschau werden sich die Gesprächsteilnehmer wohl eingestehen müssen, daß diese erste Begegnung über weite Strecken sich eher durch eine nur abtastende und vordergründig detailverhaftete Argumentation als durch eine grundsätzliche Aufarbeitung der Probleme auszeichnete. Die vom Präsidenten vorgeschlagene Fortsetzung und Vertiefung des Dialogs wurde daher von allen am Gespräch beteiligten dankbar begrüßt. Gehören doch der Bayerische Ärztetag, die Arbeit in den Ausschüssen und die vielen Fort- und Weiterbildungsanstaltungen unserer Körperschaften zu den wenigen Orten, an denen die Solidarität, die Einheit un-

Wichtig: Die „Süddeutsche“ vom 17.10.81

funktionale Konzeption,
für alle Fälle gleichblei-
bende Konstruktion. Alles
dabei ausgelegt, daß unter
eines zehnpromtigen
toren alle individuellen Au-
recht erfüllt werden kö-
Gestaltung der Fronten
grenztes, auf künstlerisc-
fältig abgestimmtes Re-
Hölzern – wie Eiche und



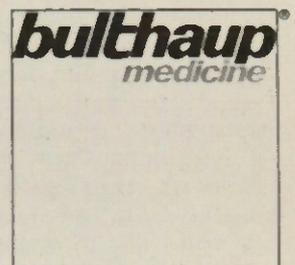
enthielt eine Sonderveröffentlichung

Neben unseren Veröffentlichungen im Bayerischen Ärzteblatt – in den Ausgaben Juli, August, September, Oktober und November – gibt es nun auch einen ganzseitigen Bericht in der Süddeutschen Zeitung. Überschrift: „Die Einrichtung der Arztpraxis als Mittel der Therapie“. Falls Sie ihn noch nicht kennen oder Fragen haben, rufen Sie uns gleich an: 089/287066.

über Praxis-Inneneinrichtungen. Und über

Bulthaup-Medicine. Bitte anfordern bei:

Die gute Form. München. Ludwigstraße 6.



Die gute Form
für Patient und Arzt.



Unterfränkische Delegierte

seres Berufsstandes eingeübt werden kann. Bewährungsproben draußen gab und gibt es zukünftig eine Menge, wir haben sie bisher leider nicht alle bestanden.

Frühförderung von Behinderten

Zu Beginn dieser unserer Wahlperiode, veranlaßt durch eindringliche Beschwerdebriefe über mangelnde Kollegialität bei der Betreuung behinderter Kinder, somit unstrittig in der Zuständigkeit der Kammer, haben Herr Kollege Dr. Sluka und ich uns in einer Umfrage bei allen Trägern von sogenannten Frühfördereinrichtungen für behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder in Bayern über die jeweilige aktuelle Situation der ärztlichen Betreuung in diesen Einrichtungen informiert.

Ich konnte an dieser Stelle bereits über das bemerkenswerte Ergebnis kurz berichten. Die Kammer erhielt von allen angeschriebenen Einrichtungen eine Rückäußerung. Keine der Einrichtungen mußte eine ärztliche Betreuung entbehren. Deren Form reichte von der losen Mitarbeit niedergelassener Kollegen aus dem Einzugsgebiet der Frühförderstelle bis zur vertraglichen Bindung bestimmter Kollegen an die jeweilige Einrichtung. Form und Intensität der Mitarbeit wurden durchweg positiv, in vielen Fällen als ausbaufähig beurteilt. In einigen wenigen Fällen wurde die prägende Rolle des Arztes und seiner Arbeit für die

Einrichtung betont. Erwartungsgemäß hatten sich vorwiegend Pädiater für diese Arbeit zur Verfügung gestellt, neben den Orthopäden, Augenärzten und HNO-Ärzten jedoch auch eine stattliche Zahl von Allgemeinärzten.

In den zurückliegenden Wochen und Monaten wurde, und es wird zunehmend heftiger, der Entwurf einer Vereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB), den Krankenkassen und den Wohlfahrtsverbänden über die Ausgestaltung und Honorierung der ärztlichen und therapeutischen Dienste im Rahmen der Frühförderung in den Verbänden und vor Ort diskutiert.

Der wohl unter Federführung der KVB dankenswerterweise und auch zuständigkeitshalber entstandene und mit den Kassen abgestimmte Vertragsentwurf – ich persönlich beklage dabei eine nur zögerliche Information der Kammer – wird dabei von den Betroffenen eher der Kritik unterzogen als daß er als Chance begriffen wird.

Der Entwurf betont zu Recht den zeitlichen und inhaltlichen Primat ärztlicher Diagnostik und unsere Verpflichtung zur therapeutischen Überwachung. Er verdrängt jedoch zu sehr unser grundsätzliches Bekenntnis zur interkollegialen und insbesondere interdisziplinären Verpflichtung in dieser Arbeit. Er muß somit alle diejenigen Mitarbeiter in

diesen Einrichtungen aus den Berufsfeldern Pädagogik, Psychologie und Sozialarbeit enttäuschen und zum Widerspruch herausfordern, die durch diese Unterlassung ihren fachlichen Handlungsfreiraum unangemessen bedroht fühlen. Er schafft schließlich Verärgerung durch eine unzumutbare Ausklammerung wichtiger inhaltlicher und organisatorischer Regelungen und ihre Verweisung in noch nicht formulierte und daher mit Vermutungen besetzbare Anlagen zum Text der Vereinbarung.

Ich mag heute, zwei Monate vor Jahresende, Absichten und Erfolge aller Bemühungen im Jahr der Behinderten mit erheblichen Zweifeln belegen. Eines ist jedoch gewiß: es hat bei den Betroffenen einen erheblichen „Emanzipationsschub“ ausgelöst, und es hat – und dies ist nachdrücklich zu begrüßen – bei den betroffenen Eltern den Geist der Gründerjahre ihrer Selbsthilfeorganisationen wieder wach werden lassen. Professionelle Hilfen und Helfer werden sich zukünftig sicher intensiver hinterfragen lassen müssen. Öffentliche und interne Diskussionen haben dabei ein ungemeinertes Vertrauenspotential für unsere ärztliche Hilfe spürbar werden lassen.

Es gilt, diese Chance durch ein ausgewogenes Angebot von Hilfen zu nutzen. Als vorwiegend reglementierende und honorarsichernde Vereinbarungen mißdeutbare Vorlagen schaffen nur Unruhe und bedürfen daher wohl spät, aber, wie ich zuversichtlich hoffe, nicht zu spät, einer vertrauensichernden Interpretation.

Die Kammer begrüßt aus diesem Grunde das Angebot der bayerischen Staatsministerien für Arbeit und Sozialordnung sowie für Unterricht und Kultus, die Anschriften der Ärztlichen Kreis- und Bezirksverbände in die gemeinsame Bekanntmachung über die Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder als sogenannte weitere Beratungsstellen aufzunehmen. Wir sehen darin eine Möglichkeit, durch eine sachgerechte und umfassende Beratungstätigkeit die Bedeutung ärztlicher Selbstverwaltung bürgernah aufzeigen zu können, und bauen auf die vielfach erprobte Mitarbeit unserer Mandatsträger.

Aus den Ausschüssen

Im Rahmen des Tätigkeitsberichtes berichteten — anschließend an die Referate des Präsidenten und der Vizepräsidenten der Bayerischen Landesärztekammer — die Vorsitzenden der von der Kammer eingerichteten Ausschüsse*) über Schwerpunkte ihrer Arbeit



Dr. E. Thäle

Akademie für ärztliche Fortbildung

Dr. Eberhard Thäle, der Vorsitzende der Bayerischen Akademie für ärztliche Fortbildung — ein Ausschuß der Bayerischen Landesärztekammer 1980/81, demzufolge rund 74 000 Kolleginnen und Kollegen das Angebot von Fortbildungsveranstaltungen der ärztlichen Berufsvertretung in Bayern nutzten. „Bei der Organisation ärztlicher Fortbildung, ist die Berufsvertretung verantwortlich gegenüber ihren Mitgliedern und der Öffentlichkeit im Auftrag, dem einzelnen Arzt zu helfen, seine Fortbildungsverpflichtung zu erfüllen. Sie muß dementsprechend Normen entwickeln auch für die Qualitätssicherung in der ärztlichen Fortbildung und sich nicht zuletzt mit der Forschung auf dem Gebiet der Fortbildung befassen“, so zitierte der Vorsitzende einen Aufgabenkatalog, wie ihn Professor Dr. E. Suten/Washington seinen europäischen Kollegen beim III. Europäischen Kongreß über ärztliche Fort-

*) Das Referat von Dr. Karl ROSCH, Vorsitzender des Ausschusses „Wahrung des Arztgeheimnisses und Datenschutz“ wird im Januar-Heft 1982 veröffentlicht werden.

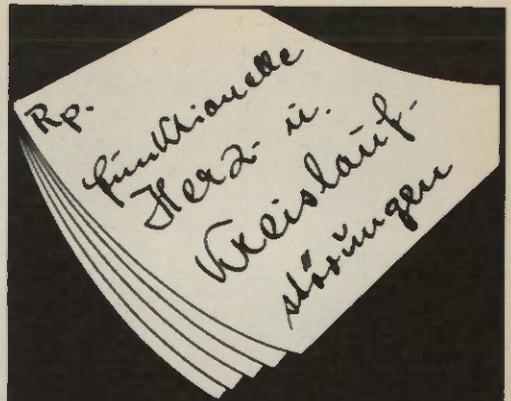
bildung in Bad Nauheim präsentierte.

Mit der Gründung der „Bayerischen Akademie für ärztliche Fortbildung“ wurde 1976 auf dem 29. Bayerischen Ärztetag in § 5 der Satzung beschlossen, daß „die Erarbeitung von aktuellen Schwerpunktthemen für die ärztliche Fortbildung und auch die Erarbeitung von Vorschlägen für eine Effizienzkontrolle der Fortbildung Aufgabe dieser Akademie sei“. Entsprechend der Entschliebung des 31. Bayerischen Ärztetages in St. Englmar hat sich die Akademie auftragsgemäß mit den Nachweismöglichkeiten ärztlicher Fortbildung befaßt.

Testbogenaktion

So wurden die Fragen zu den bisherigen Testbogenaktionen „Selbstüberprüfung des Wissensstandes“ 1980 und 1981 von den Mitgliedern des Ausschusses unter der Beteiligung von Universitätslehrern, angestellten und niedergelassenen Ärzten gemeinsam erarbeitet. Dr. Thäle ging danach auf wesentliche Erkenntnisse aus der Auswertung der Testbogenaktion 1981 ein:

„Bei der Gegenüberstellung von sechs überwiegend falsch und sechs vorwiegend richtig beantworteten Fragen, waren vor allem die praktischen Maßnahmen bei einigen Antworten nicht richtig gesehen. Demgegenüber fanden die Fragen mit einer über 90prozentigen Trefferquote zum Teil aus theoretischem Wissen, aber auch aus praktischem Wissen ihre Erklärung. Die Aktion 1981 hat außerordentlich wichtige Erkenntnisse für die weitere Gestaltung der Testbogenaktion 1982 gegeben, insbesondere darüber, wo ärztliche Fortbildung in Zukunft punktuell und schwerpunktmäßig anzubieten ist. Zu kritischen Bemerkungen, die schriftlich und auch mündlich eingingen, stellte der Vorsitzende nochmals pointiert heraus, daß diese Testbogenaktionen nach wie vor lediglich ein Angebot der Landesärztekammer zur Selbstkontrolle



Circovegetalin® compositum

Zusammensetzung:

1 Dragée enthält:

Tagesform (rosa):

Ergotoxinphosphat	0,1 mg
Chininsulfat	26,4 mg
Chinidinsulfat	10,0 mg
Theobromin	30,0 mg
mono-Magnesium-L-diglutamat	150,0 mg
Magnesiumdehydrochlorat	25,0 mg
Magnesiumnikotinat	5,0 mg

Nachtform (braun):

Ergotaminatrat	0,10 mg
Ergotoxinphosphat	0,12 mg
Hyoscyamin	0,087 mg
Scopolaminbromid	0,003 mg
Phenobarbital	20,0 mg

Indikationen:

Funktionelle Herz- und Kreislaufbeschwerden, stenokardische Beschwerden, klimakterisch bedingte Kreislaufstörungen; labiler Blutdruck; periphere Durchblutungsstörungen und Per aesthesien, nächtliche Wadenkrämpfe.

Kontraindikationen:

Exsikkose, Gravidität, Laktation, Engwinkelglaukom, Prostataadenom mit Resthernbildung, schwere Zerebralsklerose. Akute hepatische Porphyrilien. Gefäßerkrankungen, schwere Leber- oder Nierenfunktionsstörungen.

Nebenwirkungen:

Mundtrockenheit, Abnahme der Schweißdrüsensekretion (Wärmestau!), Hautrötung, Akkomodationsstörungen, Glaukomauslösung (Engwinkelglaukom), Tachykardie, Miktionsbeschwerden. Seelenkeloid- und chinidinbedingte Nebenwirkungen sind aufgrund der niederen Dosierung nicht zu erwarten.

Warnhinweis: Die Nachtform kann das Reaktionsvermögen beeinträchtigen.

Handelsformen und Preise:

45 Oragées OM 10,25 90 Oragées DM 18,40

VERLA-PHARM TUTZING



Oberfränkische Delegierte

des eigenen Wissensstandes ist. Sie ist keineswegs ein Examen und sie will es auch gar nicht sein. Jeder freiwillig teilnehmende Kollege hatte wochenlang Zeit, entweder mit häuslichem Literaturstudium oder in gemeinsamer Besprechung mit anderen Kollegen die gestellten Fragen zu beantworten. Weitere Kritikpunkte an der Fragebogenaktion waren, daß die eine oder andere Frage überspezialisiert sei, eine Feststellung, die nur bedingt überzeugt. Es steht wohl kaum einem Arzt schlecht an, sich im häuslichen Studium oder aber nach Rücksprache und Information bei einem

Kollegen einer anderen Disziplin sich über die Beantwortung dieser oder jener Frage einmal klar zu werden. Im übrigen waren auch dieser Testbogenaktion vorwiegend notfallmedizinische Fragen zugrunde gelegt, die weitgehend jeden Arzt, unabhängig von seiner Gebietsbezeichnung, interessieren müssen, bzw. denen er sich eines Tages einmal gegenüber sehen kann. Ferner kann die richtige Beantwortung der Fragen nicht als absolute Normenfestlegung für jetzt und die Zukunft betrachtet werden, da Erkenntnisse in der Medizin, die schließlich zu diagnostischen und

therapeutischen Konsequenzen führen, auch einem steten Wechsel unterworfen sind."

Das Problem in der ärztlichen Fortbildung ist – so Thäle – heute „weder die Qualität noch die Quantität, im Gegenteil: wir haben zum Teil sogar ein Überangebot, problematisch sind nur die Kollegen, die sich nicht an diesem Angebot in der Fortbildung beteiligen. Hier gehen wir konform mit der Meinung des Ministerialdirektors Professor Dr. Steinbach vom Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit, der, als einen ersten und ausreichenden Schritt die freiwillige Selbstkontrolle der Ärzte bezeichnete, bei der sich der Arzt auf einem Fragebogen selbst über die Ergebnisse seiner Fortbildung Rechenschaft ablegt“. Es besteht für uns nach Abschluß von zwei Testbogenaktionen kein Zweifel, daß sich die weit überwiegende Mehrheit der Ärzte effizient fortbildet. Der immer wieder in der Öffentlichkeit gehörte kritische Ton, ärztliche Fortbildungstagungen seien eine Form von angenehmer Freizeitgestaltung in möglichst schöner landschaftlicher Umgebung, ist aus der Sicht unserer Akademie schon dadurch zu entkräften, weil die weit überwiegende Anzahl von Fortbildungsveranstaltungen am Ort der Berufstätigkeit des Arztes oder in unmittelbarer Nähe stattfinden. Nach unseren Erhebungen besuchten rund 50 000 Kolleginnen und Kollegen, also zwei Drittel aller bayerischen Ärzte, die örtlichen Fortbildungsveranstaltungen der Kreisverbände, eine Zahl, die aber nur einen Teil der Fortbildungsaktivitäten dokumentiert. Das Studium der Fachliteratur, sowie die Benutzung audiovisueller Techniken, die Teilnahme an Fachkongressen oder an den internationalen Kongressen der Bundesärztekammer sind leider in keiner Weise durch uns zu erfassen. Natürlich ist auch unsere Fragebogenaktion nicht der Weisheit letzter Schluß, und es gibt auch zahlreiche und zum Teil berechnete Einwände dagegen. Aber auch nach strenger Prüfung dieser Einwände müssen wir nach wie vor die Auffassung vertreten, daß schon aus technischen Gründen keine andere Alternative besteht, die Effektivität der Fortbildung sicherer zu dokumentieren. Wenn auch bedauerlicherweise ein noch relativ hohes Trägheitsmoment verzeichnet werden muß, das wir durch wei-



Mittelfränkische Delegierte

Aus der Isolation zur Integration



Dogmatil®

ZUSAMMENSETZUNG: 1 Kapsel DOGMATIL enthält 50 mg Sulpirid, N-[[1-(Äthyl-pyrrolidin-2-yl)-methyl]-2-methoxy-5-sulfamoyl-benzamid. **ANWENDUNGSGEBIETE:** Psychovegetative Syndrome mit depressiver Komponente, psychosomatische Erkrankungen, Stimmungsstabilität mit Leistungs- und Initiativverlust, Antriebsschwäche, Phobien, abnorme Reaktionen bei Erwachsenen und Kindern, zur Unterstützung psychotherapeutischer Verfahren. Darüber hinaus eignet sich DOGMATIL infolge seiner spezifischen Effekte auf bestimmte vegetative Zentren des Stammhirns zur Behandlung von Ulcus ventriculi et duodeni, akuter und chronischer Gastritis, Schwindelzuständen verschiedener Genese, insbesondere Morbus Ménière. **GEGENANZEIGEN:** Epilepsie und menische Phasen. Tierexperimentell ließen sich über mehrere Generationen keine teratogenen Wirkungen feststellen. Dennoch sollte DOGMATIL in der Schwangerschaft nur angewendet werden, wenn es nach Ansicht des behandelnden Arztes für den Zustand der Patientin notwendig ist. **NEBENWIRKUNGEN:** Gelegentlich extrapyramidale Erscheinungen, Parkinsonismen und endokrine Nebenwirkungen wie Zyklusstörungen und Galaktorrhöen, Transpiration, Allergien, Mundtrockenheit, Übelkeit, Sehstörungen, Blutdrucksenkungen, Erregungszustände, Einschlafstörungen, sexuelle Stimulation, Gewichtszunahme, übermäßige Speichelsekretion. **WARNHINWEISE:** Infolge der positiven Wirkung auf das Wachbewußtsein empfiehlt es sich, DOGMATIL nicht nach 16.00 Uhr einzunehmen. DOGMATIL kann auch bei bestimmungsgemäßem Gebrauch das Reaktionsvermögen soweit verändern, daß die Fähigkeit zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr oder zum Bedienen von Maschinen beeinträchtigt wird. Dies gilt in verstärktem Maße im Zusammenwirken mit Alkohol. Bei Patienten mit den Zeichen einer Herzinsuffizienz sollte unter sorgfältiger ärztlicher Überwachung vorsichtig dosiert werden. Schürholz Arzneimittel GmbH, Fritz-Berne-Str. 47, 8000 München 60.

DOSIERUNG: Psychische und psychovegetative Syndrome, HNO (Vertigo), Ulkustherapie und gastritische Beschwerden: 3 x tgl. 1-2 Kapseln oder 2-4 Teelöffel Saft. Pädiatrie: 5 mg/kg Körpergewicht Sulpirid (= 1 ml DOGMATIL Saft) verteilt auf 3 Einzelgaben pro die. Bei Ulcus ventriculi und Ulcus duodeni sowie bei schweren Schwindelzuständen sollte die Initialtherapie bis zum Abklingen der Beschwerden mit 2 x tgl. 1 Ampulle DOGMATIL i. m. erfolgen. Für die klinische Psychiatrie stehen DOGMATIL FORTE Tabletten zu 200 mg zur Verfügung. **DARREICHUNGSFORMEN UND PREISE:** DOGMATIL Kapseln, 20 Kapseln zu 50 mg DM 19,58, 50 Kapseln zu 50 mg DM 43,13, DOGMATIL Saft, Flasche mit 200 ml Saft (1 Teelöffel = 5 ml Saft = 25 mg Sulpirid) DM 19,74; DOGMATIL Ampullen, 6 Ampullen zu 2 ml (1 Ampulle entspricht 100 mg Sulpirid) DM 15,26; DOGMATIL FORTE Tabletten, 12 Tabletten zu 200 mg DM 34,67, 60 Tabletten zu 200 mg DM 146,18. Preise inkl. MwSt. Ferner Anstaltspeckungen. (Stand Januar 1981).

SCHÜRHOLZ ARZNEIMITTEL GMBH, Fritz-Berne-Straße 47, 8000 München 60



tere Testbogenaktionen langsam abbauen wollen, so erkennen wir doch dieser Art eines Fortbildungsnachweises einen hohen Stellenwert zu.

Kommerzielle Anbieter

Auf eine gefährliche Entwicklung eingehend, stellte Dr. Thäle fest, daß die Zahl von Fortbildungsveranstaltungen, die durch kommerzielle Anbieter, durch freie Verbände oder sonstige Interessengruppen angeboten wird, in einem solchen Maße zunimmt, daß die von der Berufsvertretung gesteuerte und in ihrem Schwerpunkt über Jahre ausgerichtete Fortbildung erheblich beeinträchtigt wird. Aus diesem Grunde erschien es der Akademie von wesentlicher Bedeutung, daß alle Veranstalter, die im Rahmen der ärztlichen Körperschaften auf den Ebenen Kreisverband, Bezirksverband oder Landesärztekammer an diesen über Jahre hinaus konstruktiv erarbeiteten Aktivitäten teilnehmen, eben diesen Veranstaltungen durch einen einheitlichen Teststempel, schon allein optisch eine Abgrenzung gegenüber diesem „Wildwuchs in der Fortbildungslandschaft“ zu ermöglichen. Diese Stempel sind durchgehend nummeriert, wodurch in jedem Einzelfall geklärt werden kann, an welcher Fortbildungsveranstaltung, bei welchem Kreisverband oder auch bei welchem Kongreß der jeweilige Kollege teilgenommen hat.

Schwerpunkthemen

Eingehend auf die vom Ausschuß erarbeiteten und vom Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer beschlossenen *Schwerpunkthemen* für die Jahre 1981 und 1982:

- ▶ die medizinische und soziale Rehabilitation Behinderter
- ▶ Schutzimpfungen
- ▶ Süchte – Drogen – Alkohol
- ▶ die Notfallmedizin für alle Kollegen, die als Notärzte durch die KVB auf Notarztwägen eingesetzt werden,

appellierte der Ausschußvorsitzende eindringlich an die Vorsitzenden der Ärztlichen Kreisverbände, diese Schwerpunkthemen im ausreichenden Maße bei ihrer Planung zu

berücksichtigen. Gleichzeitig fordert er alle Träger ärztlicher Fortbildungsveranstaltungen pointiert auf, bei den Veranstaltungen auf die Bedeutung der Testbogenaktion „Selbstüberprüfung des Wissensstandes“ einzugehen, ihre Gründe zu erläutern, verbunden mit einem Appell zur möglichst lückenlosen und freiwilligen Teilnahme. Gleichzeitig kündigte er die Testbogenaktion 1982 an, deren Unterlagen im Frühjahr 1982 wieder allen Kollegen Bayerns zugeleitet werden.

Abschließend stellte Dr. Thäle fest, daß es keinen Beruf gibt, der sich mit seiner beruflichen Fortbildung so intensiv befaßt und so ernsthaft identifiziert, wie es wir Ärzte Bayerns tun. Mit einem kleinen Seitenhieb und der rhetorischen Frage, wieviel unnötige Geldausgaben und steuerliche Aufwendungen unserem Volk erspart geblieben wären, wenn sich finanzpolitisch verantwortliche Damen und Herren in der Politik um eine auch nur annähernd quantitativ und qualitativ entsprechende Fortbildung bemüht hätten, und mit einem herzlichen Dank an alle Beteiligten in der Arbeit der Bayerischen Akademie schloß Dr. Thäle seine Ausführungen.

Angestellte und beamtete Ärzte

Professor Dr. Detlef Kunze, Vorsitzender des Ausschusses „Angestellte und beamtete Ärzte“ befaßte sich mit vier wesentlichen Problemen der Ausschubarbeit, die er alle unter die Überschrift stellte: bessere Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen und Krankenhausärzten.

Kostendämpfung

Zum Thema: „Kostendämpfung im Krankenhaus“, dem Zentralpunkt einer gemeinsamen Sitzung von „Krankenhause Ausschuß“ und Ausschuß „Angestellte und beamtete Ärzte“, zusammen mit Vorstandsmitgliedern der Kammer und der Kassenärztlichen Vereinigung (dazu auch die Ausführungen von Professor Dr. Zimmer), führte Kunze aus, daß hierzu bisher im Wesentlichen systemverändernde Vorschläge vorgelegt wurden, die gar



Professor Dr. D. Kunze

nichts mit Kostendämpfung, wohl aber viel mit Ideologien zu tun hatten. Hier sind – so Kunze – im Interesse der Patienten Lösungen zu finden, bei denen insbesondere der ärztliche Sachverstand in Bedarfsplanung, bei Investitionsprogrammen und der Anschaffung und Nutzung medizinisch-technischer Großgeräte, sowie bei den Empfehlungen für den Personalbedarf wirksam werden muß. Grundvoraussetzung hierfür ist eine klare Festlegung, welche Leistungen von den Krankenhäusern erbracht werden müssen und wie man den Umfang der Leistungen gegebenenfalls begrenzen kann. Es ist letzten Endes eine politische Entscheidung, welche Leistungen an welchen Krankenhäusern vorzuhalten und zu erbringen sind. Ein Bettenabbau kann nur dann verwirklicht werden, wenn ausreichend Sozialstationen und Pflegeeinrichtungen vorhanden sind für die Patienten, die einer Behandlung im Akutkrankenhaus nicht mehr bedürfen und deren ordnungsgemäße Weiterversorgung sichergestellt sein muß.

Datenschutz

Eine übereilte und in ihren Konsequenzen nur unzulänglich durchdachte Gesetzgebung habe in den Krankenhäusern eine Fülle von datenschutzrechtlichen Auflagen zur Folge, die sicher letzten Endes zu einer Kostensteigerung führen, erklärte Kunze. Er zitierte aus dem Tätigkeitsbericht des Landesbeauftragten für den Datenschutz: „Für

L-Thyroxin Merck

Euthyrox[®] 50

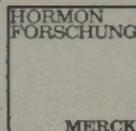
Euthyrox[®] 100

Euthyrox[®] 150

Für alle Indikationen der Schilddrüsenhormontherapie

Reines L-Thyroxin Euthyrox[®] 50 · Euthyrox[®] 100 · Euthyrox[®] 150

Zusammensetzung: Euthyrox enthält das Schilddrüsenhormon L-Thyroxin (Levothyroxin, T₄) als Natriumsalz. Es steht in 3 Tablettenstärken zu Verfügung. Euthyrox 50: Tabl. zu 50 µg Levothyroxin-Natrium. Euthyrox 100: Tabl. zu 100 µg Levothyroxin-Natrium. Euthyrox 150: Tabl. zu 150 µg Levothyroxin-Natrium. **Anwendungsgebiete:** Alle Anwendungsgebiete der Schilddrüsenhormontherapie: Hypothyreose, blande (euthyreote) Struma, zur Rezidivprophylaxe nach Strumaresektion, zur Begleittherapie bei thyreostatischer Behandlung der Hyperthyreose, Thyreoiditis, Schilddrüsenmalignome (postoperativ). **Gegenanzeigen:** Myokardinfarkt, Angina pectoris, Myokarditis, tachykarde Herzinsuffizienz. **Nebenwirkungen:** Als Folge der stoffwechselfördernden Wirkung von L-Thyroxin können gelegentlich, vor allem zu Beginn der Behandlung, Tremor, Tachykardia, Hyperhidrosis oder Durchfall auftreten. Die Tagesdosis sollte in diesem Falle reduziert und gegebenenfalls in größeren Zeitabständen langsam bis zur Toleranzgrenze wieder erhöht werden. **Vorsichtsmaßnahmen:** Bei koronarer Herzkrankung sollte die Therapie mit niedriger Dosis eingeleitet und in größeren Zeitabständen langsam gesteigert werden. Die Wirkung von Antikoagulantien kann durch Schilddrüsenhormone verstärkt werden, deshalb sind regelmäßig Kontrollen der Prothrombinzeit zu Beginn der Euthyrox-Medikation erforderlich. Vor Beginn der Substitutionstherapie ist bei sekundärer Hypothyreose die häufig bestehende Nebennierenrindensuffizienz zu behandeln. Bei Diabetes mellitus ist der Blutzuckerspiegel in der Initialphase der Behandlung mit Euthyrox in kürzeren Abständen zu kontrollieren. Bei gleichzeitiger Behandlung mit Colestyramin ist zu beachten, daß die Resorption von Schilddrüsenhormonen hierdurch vermindert wird. Euthyrox sollte deshalb 4-5 Stunden vor der Colestyramin-Applikation eingenommen werden. Diphenylhydantoin verdrängt L-Thyroxin aus der Proteinbindung. Während der Euthyrox-Therapie sollte Diphenylhydantoin nicht intravenös gegeben werden. **Handelsformen:** Euthyrox[®] 50: 50 Tabletten mit Kreuzrille DM 10,45; 90 Tabletten mit Kreuzrille (Durchdruckpackung) DM 9,30; 360 Tabletten (4 × 90) (A. P.) DM 29,52; 500 Tabletten (10 × 50) (A. P.) DM 39,10. Euthyrox[®] 100: 50 Tabletten mit Kreuzrille DM 10,45; 90 Tabletten mit Kreuzrille (Durchdruckpackung) DM 15,65; 360 Tabletten (4 × 90) (A. P.) DM 48,93; 500 Tabletten (10 × 50) (A. P.) DM 64,60. Euthyrox[®] 150: 50 Tabletten mit Kreuzrille DM 12,25; 90 Tabletten mit Kreuzrille (Durchdruckpackung) DM 18,15; 360 Tabletten (4 × 90) (A. P.) DM 54,08; 500 Tabletten (10 × 50) (A. P.) DM 69,82. Apoth.-Abg/preise, Stand 1. 11. 1979. ■



MERCK: Kompetent für die Schilddrüse



Schwäbische Delegierte

die Aufbewahrung der Karteien und Krankengeschichten sind grundsätzlich verschließbare Behältnisse erforderlich. Bei Räumen, in denen personenbezogene Daten aufbewahrt werden, ist darauf zu achten, daß außerhalb der Dienstzeit und zu den Zeiten, in denen sie nicht besetzt sind, Unbefugten die Kenntnisse dieser Daten nicht möglich ist. Es ist deshalb u. a. auch erforderlich, daß diese Räume nur während der Dienstzeit gereinigt werden, so daß das ‚Vieraugenprinzip‘ gewahrt wird.“ Die Tatsache, daß durch solche Datenschutzbestimmungen, z. B. die Heranziehung von früheren anamnestischen Angaben und Befunden erheblich erschwert, wenn nicht sogar unmöglich wird, führe, erläuterte Kunze, eindeutig zu einer Kostensteigerung schon wegen des erforderlichen Mehraufwandes. Hier bestehe ein krasser Widerspruch zwischen den Individualinteressen von Patient und Arzt auf der einen, den datenschutzrechtlichen Formalitäten und den Bestrebungen um Kostendämpfung auf der anderen Seite. Auch hier sei der Gesetzgeber aufgerufen, diesen Konflikt zu lösen, denn es würden nicht nur neue Kosten verursacht, sondern es bestehe auch die Gefahr, daß die medizinische Versorgung der Patienten schlechter werde.

Rettungsdienst

Kunze zitierte seinen Vorgänger, Kollegen Eilert, der vor zwei Jah-

ren in seinem Bericht den Wunsch des Ausschusses herausstellte, „der ärztliche Rettungsdienst in Bayern möge in kollegialem Zusammenwirken von Krankenhausärzten und niedergelassenen Ärzten organisiert werden!“ Dies wurde in der Zwischenzeit realisiert und die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns rechnet bisher als einzige in allen Bundesländern den Bereich des ärztlichen Rettungswesens dem ihr vom Gesetzgeber zugeteilten Sicherstellungsauftrag zu. Den Regelungen zwischen KVB, Kostenträgern, Hilfsorganisationen, beteiligten Ministerien, kommunalen Arbeitgeberverband und auch Marburger Bund, die in einer Vielzahl von Verträgen und Mustervereinbarungen ihren Niederschlag gefunden haben, gilt die volle Zustimmung des Ausschusses. Die in den Krankenhäusern tätigen Ärzte erhoffen sich von der noch intensiveren Mitwirkung niedergelassener Ärzte in Bayern eine wesentliche Entlastung, welche ihnen die bisherige zusätzliche Belastung mit der Häufung von Bereitschaftsdiensten und Rufbereitschaften erspart. Wenn sicher auch in Zukunft die Rettungseinsätze in den Tagesstunden in erster Linie Sache der Krankenhausärzte seien, da die niedergelassenen Kollegen durch Praxistätigkeit und Hausbesuche daran gehindert sind, wünschen die Krankenhausärzte allerdings — noch mehr als bisher —, daß sich auch genügend niedergelassene Kolleginnen und Kollegen bereit finden, den Rettungsdienst in den

Nachtstunden, am Wochenende und an Feiertagen mit zu übernehmen.

Bereitschaftsdienste

Die in der allgemeinen und in der ärztlichen Öffentlichkeit entstandene Diskussion um die Problematik der Arbeitszeit an Krankenhäusern, insbesondere aber die Häufigkeit von ärztlichen Bereitschaftsdiensten, war in der Vergangenheit so breit, daß Kunze nur auf eine kürzlich erfolgte Entscheidung des Oberlandesgerichts München einging. Dieses Gericht stellte fest, „daß der für die Dienstplangestaltung eines Krankenhauses oder einer Fachabteilung verantwortliche Arzt seine Sorgfaltspflicht verletzt — und damit bei Schadensfällen auch mit strafrechtlichen Sanktionen rechnen muß —, der einen Kollegen zum Bereitschaftsdienst einteilt, dem zwischen der Erledigung seiner normalen Tagesaufgaben und diesem Dienst nicht eine angemessene lange Ruhezeit zugebilligt worden ist“.

Pointiert legte der Ausschuß-Vorsitzende schließlich die einstimmige Meinung des Ausschusses zur Einführung von Schichtdiensten, wie ihn etwa die ÖTV vermehrt fordert, dar und führte aus, daß dies nur in Ausnahmefällen eine sachgerechte Lösung darstellt. Wörtlich: „Aus ärztlicher Verantwortung muß gefordert werden, Dienstformen zu entwickeln, die eine personale Beziehung zwischen dem Patienten und seinem Arzt auch künftig sichern.“ Mit einem Appell an die beiden Arztgruppen — Krankenhausärzte und niedergelassene Ärzte —, daß im Interesse einer guten ärztlichen Versorgung unserer Bevölkerung keine Gruppe für sich unterschiedliche Freiheiten beanspruchen kann und daß wir alles tun müssen, Bestrebungen zu verhindern, die einen Keil in die Ärzteschaft treiben wollen und letztlich nur Vorwände für eine systemverändernde Umstrukturierung suchen, schloß Professor Kunze seine Ausführungen: „Gerade die Diskussion über die Kostendämpfung muß die Arztgruppen einander näher bringen und zu einer Artikulierung ihrer gemeinsamen Vorstellungen durch die Kammer nach außen führen! Die angestellten und beamteten Ärzte sind dazu bereit und bejahen die von Professor Dr. Sewering geplanten weiteren Gespräche mit dem Krankenhausausschuß vorbehaltlos.“



Professor Dr. W. Hecker

Hochschulfragen

Professor Dr. W. Chr. Hecker, Vorsitzender des Ausschusses für Hochschulfragen, berichtete über eine Sitzung des Ausschusses in Regensburg. Die Mitglieder befaßten sich dabei intensiv mit der Situation der Medizinischen Fakultät in Regensburg und der Planung für den Neubau des Klinikums. Aus der Sicht des Hochschulausschusses liegt die Schwierigkeit bei der vor-klinischen Ausbildung in der augenblicklichen Situation der Universität Regensburg, insbesondere darin, daß hier eine zu theoretisch ausgerichtete Ausbildung betrieben wird, die sicher ihre Ursache einmal in der Tatsache hat, daß Regensburg kein Universitätsklinikum besitzt und zum anderen, daß das Lehrpersonal nur zum geringsten Teil aus Ärzten besteht, wiederum bedingt durch den fehlenden Kontakt zu einem Universitätsklinikum.

Mit Bedauern stellte der Ausschuß fest – so berichtete Hecker weiter aus der Ausschubarbeit –, daß die verschiedenen Initiativen des Bayerischen Ärztetages und der Bayerischen Landesärztekammer für die Bereiche Hochschulgesetz und Hochschullehrergesetz vom Kultusministerium bis auf eine abgelehnt worden sind. Weitere Gespräche werden hier notwendig sein. Erfreulicherweise wurde für die Vorschriften der Arbeitszeitverordnung für beamtete Professoren der Besoldungsgruppe C2 und C3 auf Initiative des Hochschulausschusses eine

Verordnung vom Kultusministerium erlassen, die eine erhebliche finanzielle Besserstellung der C2- und C3-Professoren erreicht, sofern diese in klinischen Einrichtungen die Funktion eines Oberarztes wahrnehmen.

Mit großem Bedauern wurde die Auskunft des Bayerischen Staatsministeriums für Unterricht und Kultus zur Kenntnis genommen, daß eine kapazitätsneutrale Personalaufstockung in den Universitätskliniken nicht möglich sei. Es soll nun versucht werden, auf Bundesebene diese starre Haltung aufzubrechen.

Die zukünftige Arbeit des Ausschusses wird sich u. a. mit der schlechten Pflege-Personalsituation in den Universitätskliniken befassen, die zum Teil zur Schließung ganzer Stationen führte, was nicht nur die Versorgung der Bevölkerung gefährdet, sondern auch den sowieso schon stark eingeschränkten Unterricht am Krankenbett, wie er im Gesetz vorgeschrieben ist, schwer beeinträchtigt.

Erneut appellierte der Hochschulausschuß an die Medizinische Fakultät der Technischen Universität München, daß sie einen Vertreter für den Hochschulausschuß benennt, der bereit ist, regelmäßig an den Ausschusssitzungen teilzunehmen.

Krankenhaus

Professor Dr. Fritz Zimmer, der Vorsitzende des Krankenhausausschusses, hat in Fortsetzung der Bemühungen um die Zusammenarbeit von niedergelassenen Ärzten und Kollegen am Krankenhaus zusammen mit den Kollegen des Ausschusses für „Angestellte und beamtete Ärzte“ (dazu auch der vorangehende Bericht von Professor Dr. Kunze) ein intensives Gespräch geführt mit Mitgliedern des Kammervorstandes, die gleichzeitig zum Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns gehören. Dabei ging es vor allen Dingen um kostendämpfende Maßnahmen im Krankenhaus, um Einweisungsmodalitäten, prä- und poststationäre Untersuchungen, Vermeidung von Doppeluntersuchungen und Nutzung aufwendiger und teurer Geräte zur Diagnostik und Therapie.

Seit Jahrzehnten im Dienste des Arztes

Die Winterthur-Versicherungen gehören zu den großen Versicherungsunternehmen in Europa. Sie bieten ihren Kunden einen internationalen Service mit folgendem Versicherungsprogramm:

Unfall, Haftpflicht mit Berufsstrafrechtsschutz, Praxis, Schwachstromanlagen, Krankenschein, Arzttasche, Hausrat, Schmuck- und Pelzsachen, Wohngebäude, Reisegepäck, Kraftverkehr, IVS (Internationaler Verkehrs-Service für Autofahrer).

Die «Winterthur» genießt Vertrauen, hat Erfahrung und steht in ständigem Kontakt mit Ärzteverbänden. Denken Sie hierbei auch an die HAFTPFLICHT-DOKUMENTATIONSSTELLE, die Ärzten kostenlos Auskunft über Arzthaftpflichtfragen gibt.

Ich wünsche unverbindliche Auskunft über die

- Versicherungssparten _____
- Haftpflicht-Dokumentationsstelle zum Stichwort _____

Name _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

Bitte ausschneiden und einsenden an:

winterthur
versicherungen

Abteilung Ärzteversicherung
Leopoldstraße 34-38, 8 München 40
Telefon (089) 38 36-1

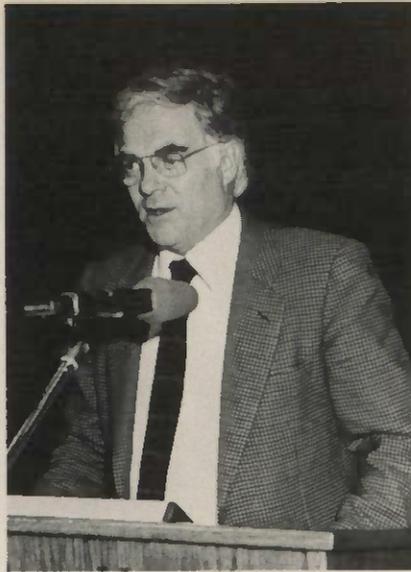
Bettenebbeu

Alle Gesprächsteilnehmer waren sich darüber einig, faßte Zimmer zusammen, daß Kostenersparnis im Krankenhaus ohne Bettenabbau nicht möglich sein wird. Professor Zimmer in seinem Bericht wörtlich: „Nur der zwangsläufig damit verbundene Personalabbau kann die Ausgaben der Krankenkassen für Krankenhausbehandlung effektiv reduzieren. Voraussetzung für einen sinnvollen Bettenabbau sind aber

1. die Gewährleistung und Erhaltung einer qualifizierten stationären Behandlung,
2. die Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Weiterbehandlung und Pflege von Patienten nach der Krankenhausentlassung und
3. die Berücksichtigung von Katastrophenfällen.“

Kostenersparnis im Krankenhaus sei nicht nur durch die vorstationäre Diagnostik durch niedergelassene Ärzte und einer dadurch erreichbaren Verkürzung der Liegedauer möglich, sondern auch durch eine „koordinierte Einweisung“ von Patienten in das Krankenhaus. Da nur der operativ tätige Arzt selbst im Einzelfall die Indikation zu einer Operation, die er dann auch allein verantworten muß, stelle oder bestätigen könne, müsse der Krankenhausarzt Dringlichkeit und Zeitpunkt einer Einweisung bestimmen. Nur so könnten unnötige präoperative Wartezeiten verhindert werden. Weitere intensive Diskussionen werden notwendig sein, erklärte Zimmer, um solche Koordinationsmöglichkeiten zu verwirklichen und zu effektiven Einsparungen zu kommen. Auch für eine kostensparende und sinnvolle Nutzung von teuren medizinisch-technischen Geräten müßten Wege gefunden werden, die im ambulanten und stationären Bereich eine ordnungsgemäße Versorgung unserer Patienten gewährleisten.

Zimmers Resümee: „Das aufschlußreiche Gespräch, das zum gegenseitigen Verständnis geführt wurde, war als ein Anfang gedacht, dem nach einer Denkpause weitere Gespräche folgen sollen. Es machte deutlich, daß wir einen breiten Konsens über die bestmögliche funktionelle Aufgabenverteilung unter den verschiedenen Arztgruppen suchen und finden müssen, die den heuti-



Professor Dr. F. Zimmer

gen medizinischen, wirtschaftlichen und sozialen Voraussetzungen entspricht, und daß es keine verschiedenen Arten von Freiheiten für einzelne Gruppen von Ärzten gibt. Die Freiheit unseres ärztlichen Handelns und Denkens ist unteilbar. So hat es der bayerische Arbeitsminister, Dr. Pirkl, anläßlich der Eröffnung des diesjährigen Deutschen Chirurgenkongresses in München sinngemäß zum Ausdruck gebracht. Die vom Herrn Präsidenten vorgesehene Weiterführung des Gespräches im selben standespolitischen Gremium wird sehr begrüßt und außerdem für notwendig erachtet, um innerhalb unserer Standesorganisation, in der inzwischen mehr als die Hälfte der Mitglieder in Krankenhäusern arbeiten, die Belange und Vorstellungen der Krankenhausärzte artikulieren und in die Überlegungen und Entscheidungen der Kammer einbringen zu können.“

Allgemeinmedizin

Der Krankenhausausschuß hat sich in einer weiteren Sitzung mit den Weiterbildungsstellen zum Allgemeinarzt befaßt. Schwierigkeiten, zum Teil mitbedingt durch Bindungen an Großstädte und eine gewisse Immobilität der Stellensuchenden, bestehen vor allen Dingen in den Ballungszentren und nehmen zur Peripherie hin ab. Dort gibt es auch heute noch freie Stellen. Außerdem scheinen immer noch zu wenige Praxen für diese Art der

Weiterbildung zur Verfügung zu stehen. Um einen objektiven Überblick über die derzeitigen Weiterbildungsmöglichkeiten zum Allgemeinarzt zu bekommen, ist eine Erhebung (wie sie Herr Kollege Graßl angeregt hat) nützlich und aufschlußreich.

Nicht selten kommt es euch vor, daß Kollegen im Verlauf ihrer Weiterbildung an einem bestimmten Fachgebiet so großes Interesse finden, daß sie sich entschließen, zu bleiben und damit ihre Stelle länger als vorgesehen für die Allgemeinarzt-Weiterbildung blockieren. Trotzdem kam der Ausschuß mehrheitlich zu der Auffassung, daß eine zeitliche Limitierung solcher Stellen, schon aus tarifrechtlichen Gründen, nicht zweckmäßig ist.

Zur Verbesserung der Weiterbildungsmöglichkeiten zur Allgemeinmedizin sind alle Chefärzte von Fachabteilungen aufgerufen, Kollegen, die Allgemeinärzte werden wollen, aufzunehmen und weiterzubilden. Von ihrem Verständnis und ihrer Bereitschaft wird es abhängig sein, ob es auch in Zukunft gut ausgebildete Allgemeinärzte geben wird.

Bereitschaftsdienst

Bestrebungen zur Reduzierung des Bereitschaftsdienstes und zum weitgehenden Freizeitausgleich von Bereitschaftsdienst und Überstunden waren Anlaß für den Ausschuß, die Folgen solcher Veränderungen im ärztlichen Dienst am Krankenhaus zu überdenken. Im Vordergrund aller Überlegungen stand die Sorge um eine ausreichende Kontinuität in der ärztlichen Krankenversorgung, die heute um so notwendiger ist, als sich der Schichtdienst im Pflegebereich immer weiter ausbreitet. Professor Zimmer wörtlich: „Ärztlicher Schichtdienst ist nur in bestimmten Bereichen, z. B. in der Notaufnahme oder auf einer Intensivstation, möglich, aber in aller Regel nicht auf den Krankenstationen der Fachabteilungen. Eine allzu große Reduktion der effektiven Arbeitszeit eines in Weiterbildung stehenden Assistenten führt zwangsläufig zu einer Verschlechterung seiner Weiterbildungsmöglichkeiten, die besonders in den operativen Fächern evident wird, wenn es darum geht, den Operationskatalog zu erfüllen.“

Dieser Nachteil könnte nur durch eine Verlängerung der Weiterbildungszeit kompensiert werden. Interdisziplinär ist deshalb zu fordern, daß eine ordnungsgemäße Krankenversorgung, unter Wahrung einer unverzichtbaren, kontinuierlichen ärztlichen Krankenbetreuung unangetastet bleibt und fachspezifische Variationsmöglichkeiten berücksichtigt werden, um die Weiterbildung nicht zu gefährden."

Belegärzte

Vor dem Ausschuß gab Herr Kollege Hochreiter in seiner Eigenschaft als Landesvorsitzender Bayerns des Bundesverbandes Deutscher Belegärzte einen Überblick über die derzeitige Belegarztsituation in Bayern und die Entwicklung des Belegarztsystems in der vergangenen Zeit. Angesichts der hohen Anforderungen, die an die ärztliche Patientenversorgung gestellt wird, trat Hochreiter dafür ein, daß Belegabteilungen an Krankenhäusern in Zukunft nur mehr kooperativ, d. h. durch mindestens zwei Ärzte eines Gebietes, geführt werden. Dadurch werde eine qualifizierte stationäre Krankenversorgung gewährleistet und außerdem blieben wesentliche Teile fachärztlicher Kenntnisse und Fähigkeiten für die Patientenversorgung erhalten. Hochreiter und der Krankenhausausschuß sehen eine wichtige Aufgabe in der Information der am Belegarztsystem interessierten Kolleginnen und Kollegen und der Krankenhausträger über die Vorteile dieses ärztlichen Tätigkeitsbereiches, der in Bayern dankenswerterweise durch die Kammer und durch die Kassenärztliche Vereinigung unterstützt wird.

Konzertierte Aktion

Der Ausschuß hat sich auch mit der Einbeziehung des Krankenhausbereiches in die Konzertierte Aktion als „kostendämpfende Maßnahme“ befaßt. Zimmer berichtete dazu, unter der derzeit bestehenden Voraussetzung, daß 90 Prozent der Betriebskosten durch Löhne, Gehälter, Arzneimittel und Energie bestimmt werde und von Seiten der Krankenhäuser nicht die geringste Einflußmöglichkeit auf die Höhe dieser Kosten bestehe, würde eine Einbeziehung der Krankenhäuser in die Konzertierte Aktion mit einer Be-

grenzung der Ausgaben auf die jeweiligen Einnahmen der Krankenkassen und einer globalen Steuerung der Steigerungsrate der Pflegesätze zwangsläufig zu einem Abbau der Leistungen im Krankenhaus führen.

Man müsse Dr. Pirkel zustimmen, wenn er anläßlich der Eröffnung des 11. Krankenhaustages dazu sagte: „Wir müssen uns also auch im Krankenhauswesen, wie im gesamten Bereich des Gesundheitswesens, der Frage stellen, was uns der medizinische Fortschritt wert ist. Wenn wir wollen, daß die ambulante und stationäre Versorgung auch in Zukunft den modernsten Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik widerspiegelt, dann müssen wir unseren Bürgern bewußt machen, daß auch die Leistungen des Gesundheitswesens und dabei vor allem der Krankenhäuser morgen nicht zu Preisen von gestern erbracht werden können.“

Hilfsausschuß

Dr. Dr. Erich Graßl, Vorsitzender des Hilfsausschusses, berichtete, daß der Hilfsausschuß der Landesärztekammer auch im Jahre 1980 mit den Beiträgen der niedergelassenen Kollegen zum Hilfsfonds in Not geratenen überwiegend alten Ärzten und Arztwitwen und auch Arztwaisen zu einem einigermaßen erträglichen Leben verhelfen konnte. Im Jahre 1980 wurden monatlich durchschnittlich zehn Ärzte und 99 Arztwitwen bzw. Arztwaisen unterstützt. Im gleichen Zeitraum sind von den Beihilfeempfängern ein Arzt und neun Arztwitwen verstorben. Zum Stichtag 31. Dezember 1980 wurden insgesamt 123 Personen unterstützt. Die Zahl der Beihilfeempfänger hat sich gegenüber dem 31. Dezember 1979 um zwei Personen erhöht. Die Höhe der Beihilfe schwankt nach Bedürftigkeit zwischen DM 100 und DM 1250.

Graßl dankte allen Ärztinnen und Ärzten, die in einzigartiger Weise jedes Jahr für ihre bedürftigen Kollegen und Kollegen-Hinterbliebenen ihren Beitrag leisten. Die Einnahmen aus Beiträgen beliefen sich 1980 auf DM 598 906. Erfreulicherweise sind auch die Weihnachtsspenden auf den Weihnachtssaufruf für den Hilfsfonds in den letzten Jahren wieder gewachsen: 1978 betragen sie DM 11 618, 1979 waren



Dr. Dr. E. Graßl

es DM 15 010 und 1980 DM 16 120. Den Empfängern monatlicher Beihilfen konnte daher die Zuwendung aus Anlaß des Weihnachtsfestes erhöht werden. Die gesonderte Weihnachtsspende wurde ab 1980 in Höhe von DM 200 ausbezahlt, 1978 betrug sie noch DM 150. 1980 wurden DM 21 800 für Weihnachtsbeihilfen ausgegeben.

Verband „Die Arztfrau“

Als sehr erfreulich bezeichnete Graßl die Zusammenarbeit mit dem Verband „Die Arztfrau e. V.“. Erstmals konnte heuer die Adventsfeier im Casino des Ärztehauses Bayern in der Mühlbauerstraße stattfinden. Dort überreichte Graßl im Namen der bayerischen Ärztinnen und Ärzte einen Scheck über DM 1000. Dazu kam ein Scheck der Bezirksstelle München Stadt und Land der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns über DM 1000 und ein Scheck des Ärztlichen Kreis- und Bezirksverbandes München Stadt und Land über DM 1500. Wie die 1. Vorsitzende des Verbandes, Frau Pauline Steudemann (Luisenstraße 25, 8000 München 2), in ihrem Rundbrief berichtete, wurden die insgesamt DM 3500 Spenden der Ärzte an 33 betagte, kranke und finanziell schlecht versorgte Mitglieder mit einem weihnachtlich geschmückten und herzlich abgefaßten Schreiben, bar im Wertbrief, vor dem Weihnachtsfest verschickt. Im Rundbrief heißt es, daß „Dieses Christkindl, das außerhalb der weiteren Zuwendungen steht, jedes

Jahr viel Freude, Dank und vor allem das Gefühl der Zugehörigkeit zum Verband auslöst, besonders bei den Damen, die nicht mehr in der Lage sind, unsere Veranstaltungen zu besuchen". „Die Arztfrau e. V.", Verband der Arztfrauen, sucht auch weiterhin als Mitglieder Arztfrauen und Arztwitwen. Neben den Arbeitskreisen in München gibt es auch Arbeitskreise des Verbandes in Augsburg (Leitung: Frau Elisabeth Rucker, Luitpoldstraße 15, 8900 Augsburg 35) in Nürnberg und in Passau (Frau Maja Götz, Wittelsbacher Ring 40, 8358 Vilshofen). Durch die Zusammenarbeit des Hilfsfonds der Bayerischen Landesärztekammer mit dem Verband „Die Arztfrau e. V.“ konnte auch nicht bekannten hilfsbedürftigen Arztwitwen geholfen werden.

Finanzen des Hilfsfonds

Die Finanzen des Hilfsfonds sind absolut gesund, berichtete Graß und dankte dafür besonders seinem Vorgänger, Dr. Doerfler, Weißenburg. Ab 31. Dezember 1980 bestand ein Vermögen von DM 432 665,58, wovon DM 194 617,90 verbürgte Darlehen sind. Der Vorsitzende des Hilfsausschusses dankte vor allem den Mitgliedern des „Kleinen Hilfsausschusses“, die mit ihm laufend die Beihilfen festlegen (es sind die Kollegen Dr. Kling, Augsburg, und Dr. Krist, Taufkirchen) sowie den weiteren Mitgliedern des „Großen Hilfsausschusses“, den Kollegen Dr. Heuberger, Schwabach, Dr. Michael, Landshut, Dr. Sebald, Bamberg, Leitenden Medizinaldirektor Dr. Vierheilig, Würzburg, und Dr. Wartner, Regensburg. Zu danken sei besonders Herrn Geschäftsführer Jürgens – so schloß Graß –, der die gesamten Vorarbeiten und die Erhebungen korrekt, zuverlässig und mit Herz durchführt und seinen Mitarbeiterinnen Frau Kentsch und Frau Schiwy.

Graßs Wunsch: „Möge das Vorhandensein eines von den bayerischen Ärztinnen und Ärzten finanzierten Hilfsfonds der Bayerischen Landesärztekammer allen Kolleginnen und Kollegen – auch den jungen – die Gewißheit geben, daß sie und ihre Angehörigen in Not und in Schicksalsschlägen finanziell und wirtschaftlich nicht allein und verlassen sind! Möge das auch das Gefühl des Zusammenhaltens in der großen Arztfamilie Bayerns geben!“

Katastrophenvorsorge in Bayern: Noch Vieles zu tun



Dr. K. Stordeur*)

Im Rahmen des „Tätigkeitsberichtes“ informierte der Geschäftsführende Arzt der Bayerischen Landesärztekammer Dr. Kurt Stordeur über die Tätigkeit des Zivilschutzes, insbesondere über die Vorsorge, die gegen Katastrophen getroffen ist (und noch zu treffen sein wird). Der Ärztetag verabschiedete zu diesem Thema auch eine Entschliebung.

Stordeur unterschied in seinen Ausführungen zwischen

- ▶ Selbstschutz,
- ▶ Schutzraumbau,
- ▶ Hilfskrankenhäuser und
- ▶ Katastrophenschutz (Katastrophenschutzhelfer).

1. Selbstschutz

Selbstschutz ist richtiges Verhalten bei allen Katastrophen im Frieden und im Verteidigungsfall. Selbstschutz heißt: Wissen um Bekämpfung von Bränden, Rettung aus Trümmern, Schutz gegen die Wirkung atomarer, biologischer und

chemischer Kampfmittel, Bevorratung der Haushalte für Krisen und Notfälle, Anlage und Ausstattung von Schutzräumen, aber auch „Erste-Hilfe“ sowie die Bergung von Verletzten und der Abtransport. In der Bevölkerung ist kaum Interesse für dieses unangenehme Thema vorhanden. Aufgabe des „Bundesverbandes für Selbstschutz“ ist, sogenannte Selbstschutzberater auf ehrenamtlicher Basis in den Gemeinden für Aufklärung sorgen zu lassen. Für die Ausbildung im Selbstschutz sind die Gemeinden zuständig. Laut einer Antwort des Innenministeriums auf eine Landtagsanfrage liegen Mängel im Selbstschutz „vor allem auf der Ebene der Gemeinden und bei der noch unvollständigen Ausbildung der Selbstschutzberater“.

2. Schutzraumbau

In Schutzräumen ist die Chance für das Überleben der Bevölkerung weit größer als bei anderen Vorkehrungen. In Schutzbunkern sind die Menschen weitgehend sicher vor dem Einsturz von Häusern, vor Bränden, Hitze, Rauch, Kohlenmonoxyd und Sauerstoffmangel, vor radioaktiven Niederschlägen, aber auch vor den Wirkungen sonstiger Kampfstoffe. In der Bundesrepublik sind insgesamt knapp zwei Millionen Schutzplätze installiert worden. In Bayern sind es derzeit rund 80 000 (= vier Prozent), demnach könnten in Bayern lediglich 0,8 Prozent der Bevölkerung damit rechnen, im Kriegsfall einen sicheren Unterschlupf zu finden. Der Freistaat Bayern ist von allen Bundesländern am schlechtesten versorgt! In München sind mit 26 000 Plätzen Schutzmöglichkeiten für knapp zwei Prozent der Münchener Bevölkerung gegeben, in Hamburg beträgt die Vergleichszahl 2,5 Prozent. Die Vormerkliste für die Förderung öffentlicher Mehrzweckbauten ist nach Angaben des bayerischen Innenministeriums bereits beim Jahre 1985 angelangt. Schutzräume für Schulen – heute beantragt – kön-

*) Fotos (19): R. Böcher, Lindau

nen erst 1985 finanziell unterstützt werden!

3. Hilfskrankenhäuser

Der Freistaat verfügt im Katastrophenfall über die vorhandene Bettenkapazität hinaus über 44 Hilfskrankenhäuser mit rund 19 000 Betten, verteilt auf 26 Landkreise. Diese 44 Hilfskrankenhäuser teilen sich auf in 7 vollgeschützte (ein weiteres ist im Bau), in 17 teilgeschützte und in 19 ungeschützte Hilfskrankenhäuser. Vollgeschützte Krankenhäuser sind unterirdische Krankenhäuser, die einen weitgehenden Schutz gegen die verschiedensten Einwirkungen bieten, ihr Bau bedingt allerdings einen erheblichen finanziellen Aufwand; in teilgeschützten sind Behandlungstrakt und Operationsäle ausreichend gesichert. Unverzichtbare Forderung muß sein: Je Landkreis mindestens ein Hilfskrankenhäuser und dazu Vorräte an Arzneien, Verbandsmaterial, Desinfektionsmitteln, Blutkonserven. Im Hinblick auf die derzeitige finanzielle Lage muß als erstes die Forderung gestellt werden, den Bau besonders teilgeschützter Hilfskrankenhäuser in den Landkreisen verstärkt zu för-

dern, in denen noch keine entsprechenden Einrichtungen vorhanden sind.

4. Katastrophenschutz Helfer

Der Katastrophenschutz bekämpft Gefahren, die Leben und wertvolle Sachgüter der Bevölkerung bedrohen, birgt Verletzte und Tote und behebt größere Schäden. Dies gilt gleichermaßen im Frieden für den Katastrophenschutz und im Krieg für den erweiterten Katastrophenschutz. Die Helfer arbeiten freiwillig als Angehörige der kommunalen Feuerwehr, des Arbeiter-Samariter-Bundes, des Bayerischen Roten Kreuzes, der Johanniter Unfallhilfe, des Malteser Hilfsdienstes und des Technischen Hilfswerks. Das Ziel, rund ein Prozent der Bevölkerung als Katastrophenhelfer auszubilden, liegt noch in weiter Ferne. Auch die Materialausstattung ist überaltert und lückenhaft. Gegenwärtig gibt es in Bayern 126 Sanitätseinheiten der Hilfsorganisationen im erweiterten Katastrophenschutz (80 Sanitäts-, 27 Verbandplatz- und 19 Krankentransportzüge) mit 5365 Helfern. Der Bedarf liegt bei 400 Sanitätszügen, es fehlen somit 274 Züge.

Punkt 2 der Tagesordnung:

Finanzen der Bayerischen Landesärztekammer

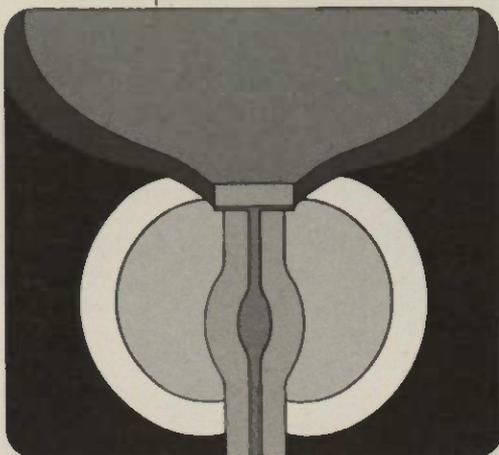
- 2.1 Rechnungsabschluß 1980
- 2.2 Entlastung des Vorstands 1980
- 2.3 Wahl des Abschlußprüfers für 1981
- 2.4 Haushaltsvoranschlag 1982

Dr. Hugo Vierheilig, Würzburg, Vorsitzender des Finanzausschusses, erläuterte im einzelnen den Rechnungsabschluß 1980, der den Delegierten fristgerecht vorgelegt worden war. Der Rechnungsabschluß 1980 wurde mit einigen Enthaltungen gebilligt. Auf Antrag von Dr. Vierheilig wurde der Vorstand von den Delegierten für das Geschäftsjahr 1980 entlastet.

Nach § 15 Abs. 2 der Satzung der Bayerischen Landesärztekammer ist ein unabhängiger Prüfer für die Prüfung der Betriebsführung und Rechnungslegung des Jahres 1981 zu bestellen. Hiermit war in den vergangenen Jahren Robert Weinzierl, Revisor der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, beauftragt. Auf An-

PROSTAMED®

**Prostata-Adenom mit Harnverhaltung,
Kongestionen, Miktionsstörungen, Blasenhalssklerose,
Prostatitis chronica, Resturin,
Zustand nach TUR, Reizblase**



Nebenwirkungsfreie Langzeittherapie prostaticher Erkrankungen, Besserung der Kongestionsprostatitis und der Miktionsbeschwerden. Steigerung des Uroflow, Reduzierung des Resturins, Behandlung vor und nach Operationen.

Zusammensetzung: Kürbisglobulin 0,1 g, Kürbismehl 0,2 g, Extr. fl. Solidago 0,04 g, Extr. fl. Pop. trem. 0,06 g, Kakao 0,05 g, Sacch. lact. ad 0,5 g.

Dosierung: 3mal täglich 2 - 4 Tabletten einnehmen.

Handelsform und Preise (incl. MwSt.): 60 St. DM 8,45; 120 St. DM 14,48; 360 St. DM 34,78.



Dr. Gustav Klein, Arzneipflanzenforschung,
7615 Zell-Harmersbach/Schwarzwald

trag von Dr. Vierheilig beschloß der 34. Bayerische Ärztetag, wiederum Robert Weinzierl als Abschlußprüfer für die Rechnungsprüfung 1981 zu bestimmen.

Anschließend trug der Vorsitzende detailliert den Haushaltsvoranschlag 1982 vor, der von den Delegierten in der vorgelegten Form gebilligt wurde.

Punkt 3 der Tagesordnung:

Situation der berufsständischen Versorgungseinrichtungen in der Bundesrepublik vor dem Hintergrund der aktuellen sozial- und finanzpolitischen Entwicklungen

Der Wortlaut dieses Referates von Dr. Klaus Dehler, Vorsitzender des Verwaltungsausschusses der Bayerischen Ärzteversorgung, wird im Januar-Heft des „Bayerischen Ärzteblattes“ veröffentlicht werden.

Punkt 4 der Tagesordnung:

Besetzung des Landesberufsgerichts für die Heilberufe bei dem Bayerischen Obersten Landesgerichts und des Berufsgerichts für die Heilberufe bei den Oberlandesgerichten in München und Nürnberg

Den Delegierten lagen entsprechende Listen mit den Vorschlägen der Ärztlichen Bezirksverbände vor. Nach einer kurzen Erörterung über die Befähigung für die Tätigkeit als ehrenamtlicher Richter wurde über die Besetzung des Gerichts abgestimmt.

Die Vollversammlung billigte für die Besetzung des Landesberufsgerichts für die Heilberufe bei dem Bayerischen Obersten Landesgericht die Benennung der folgenden Ärzte:

Dr. Helga Curschmann, München
Dr. Doris Hartl, München
Dr. Rudolf Hartlöhner, Fürth
Dr. Karl Haverkamp, München
Dr. Egon Hillenbrand, Augsburg
Dr. Hans Huemer, Gieselhöring
Dr. Herbert Köstler, Schloßberg
Dr. Ludwig Leissing, Wunsiedel
Dr. Ewald Lenz, Würzburg
Dr. Friedrich Moegen, Würzburg
Dr. Otto Reinertshofer, Augsburg
Dr. Günter Roßberg, Murnau
Dr. Slegfried Schuck, Kürn/Opf.

Für das Berufsgericht für die Heilberufe beim Oberlandesgericht München wurden benannt:

Dr. Siegfried Appei, Haar
Dr. Gerhard Baum, Wolftrathausen
Dr. Heinrich von Busch, Deggendorf
Dr. Ulrich Hägele, Bernau
Dr. Peter Herbrand, München
Dr. Lothar Kramm, Kaufbeuren
Dr. Walter Pohl, Augsburg
Privatdozent Dr. Rüdiger Relchert, Augsburg
Dr. Helmut Wagner, Straßkirchen

Für das Berufsgericht für die Heilberufe beim Oberlandesgericht Nürnberg stimmten die Delegierten der Benennung der nachfolgenden Ärzte zu ehrenamtlichen Richtern zu:

Dr. Albrecht Frieser, Teublitz
Medizinadirektor Dr. Karl-Heinz Gröninger, Nürnberg

Dr. Philipp Haußer, Bayreuth
Regierungsmedizinadirektor Dr. Leonhard Heinrichs, Würzburg
Obermedizinadirektor Dr. Hans-Günther Koslowsky, Ansbach
Dr. Heinrich Lindenberger, Regensburg
Dr. Erich Roller, Feilitzsch b. Hof
Dr. Franz Senft, Maxhütte-Haidhof
Dr. Anton Seyberth, Nürnberg

Aus der Zahl der vorgeschlagenen Ärzte wird das Bayerische Staatsministerium der Justiz die Benennung der ehrenamtlichen Richter für die jeweiligen Berufsgerichte vornehmen.

Punkt 5 der Tagesordnung:

Termin des 35. Bayerischen Ärztetages 1982 in Bamberg

Die Vollversammlung beschloß, den 35. Bayerischen Ärztetag vom 1. bis 3. Oktober 1982 in Bamberg abzuhalten.

Punkt 6 der Tagesordnung:

Wahl des Tagungsortes des 36. Bayerischen Ärztetages 1983

Turnusgemäß ist der Ärztliche Bezirksverband Unterfranken für die Einladung zum 36. Bayerischen Ärztetag 1983 zuständig. Dr. Brücki iädt im Auftrag des Ärztlichen Bezirksverbandes Unterfranken und des Ärztlichen Kreisverbandes Würzburg den 36. Bayerischen Ärztetag 1983 nach Würzburg ein. Dieser Vorschlag wird einstimmig angenommen.

(Fortsetzung Seite 1069)

Schnupfen • Husten • Infekte

Sinuselect® gegen Rhinitis, Sinuitis

Indikationen: Sinuitis, Pansinuitis, Rhinitis, Nebenhöhlenentzündungen, Dauerkopfschmerz, Schwindel und Übelkeit, Kiefer- und Stirnhöhlenkatarrhe und bei fieberhaften Infekten.
Kontraindikationen: Nicht bekannt.
Zusammensetzung: 100 g enthalten: Cinnabaris D₃ 15 g, Carbo vegetabilis D₃ 10 g, Silicea D₃ 10 g, Mercur solub D₃ 15 g, Hydrastis D₄ 10 g, Kalium bichromic. D₄ 15 g, Thuja D₃ 15 g, Calc. sulfuric. D₄ 10 g.
Dosierung: 3–5 mal täglich 10–15 Tropfen in etwas Wasser oder Tee einnehmen.
Packungen und Preise: Tropfflasche zu 30 ml DM 6,50, 100 ml DM 17,30, Klinikpackungen.

Capval® Depot-Antitussikum

Indikationen: Akute und chronische Atemwegserkrankungen, die hustenreizstillende Wirkung erfordern.
Reiz-, Krampf- und Keuchhusten, leichte Asthma bronchiale, Begleittherapie bei Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten.
Hinweis: Keine Sucht – keine Oberlippen
Kontraindikationen: Nicht bekannt.
Zusammensetzung: Saft = 100 ml enthalten: Noscapin 500 mg, Noscapinhydrochlorium 2,8 g, Composita ad 100 ml.
Dragees = 1 Dragee enthält: Noscapin-Resin entspr. 25 mg Noscapin.
Dosierung: Erwachsene und Kinder ab 12 Jahren: Saft: 3–4 mal täglich 1 Tee- bis Eßlöffel.
Tropfen: Mehrmals täglich 10–20 Tropfen.
Dragees: Mehrmals täglich 1–2 Dragees.
Dosierungsanleitung für Kinder (3 bis 12 Jahre) und Kleinkinder (ab 3 Monate) bitte Packungsbeilage entnehmen!
Handelsformen und Preise: **Dragees:** Saft: OP ml 100 ml DM 7,85 OP ml 30 Stück DM 6,90 OP ml 250 Stück DM 41,15
Klinikpackungen.

Toxiselect® zur körpereigenen Abwehr akuter und chronischer Infekte

Indikationen: Erkältungskrankheiten in den verschiedensten Formen, Grippeinfekte, insbesondere bei begleitenden Schleimhautkatarrhen. Bei gynäkologischen und urologischen Befunden. Einige Infektionen jeder Genese, auch zur Prophylaxe bei anfälligen Patienten und bei Rezidiven.
Kontraindikationen: Nicht bekannt.
Zusammensetzung: 100 g enthalten: Echinacea purp. u. angust. 8–10 g, Bryonia D, 20 g, Apis mellific. D₃ 10 g, Lachesis D, 20 g, Sulfur D₃ 10 g.
Dosierung: Am ersten Tag 3–4 mal täglich 20–30 Tropfen, dann 3 mal täglich 20 Tropfen in etwas Wasser einnehmen.
Packungen und Preise: Tropfflasche zu 30 ml DM 6,50, 100 ml DM 17,30, Klinikpackungen.

DRELUSSO-PHARMAZEUTIKA 3253 Hessele-Oldendorf 1

Depotfabrik für Österreich, Magister DRELUSSO, a. S. H. Wilmersdorf, D-6 1190 WIEN

Arbeitsrechtliche Fragen bei der Beschäftigung von Arzthelferinnen

Gewidmet Herrn Ministerialdirigent Dr. med. h. c. Walther Weißbauer zum 60. Geburtstag für seine hervorragenden Verdienste um die Weiterentwicklung des Arzt- und Arzthafungsrechts
von Rechtsanwalt Dr. jur. Gerhard Till, München

Der freiberuflich tätige Arzt ist als Arbeitgeber in zunehmendem Maße mit Rechtsfragen des Arbeitsrechts konfrontiert. Dabei steht das Arbeitsverhältnis der Arzthelferin im Vordergrund. Dem Arzt soll deshalb nachfolgend ein Überblick über das Arbeitsrecht unter Einbeziehung des Tarifrechts der Arzthelferin vermittelt werden. Darüber hinaus sollen aber auch gezielte, knappe Informationen zu den am häufigsten auftauchenden Fragen bei der Eingehung, Durchführung und Beendigung von Arbeitsverhältnissen mit Arzthelferinnen angeboten werden.

(Fortsetzung aus Heft 11/1981)

D) Arbeitszeit

III. Überstunden

Der Begriff der regelmäßigen Arbeitszeit, wie ihn die Arbeitszeitordnung und der Manteltarifvertrag für Arzthelferinnen gebrauchen, dient in erster Linie zur Definition und Abgrenzung der besonders vergüteten Überstunde. Danach sind nämlich alle Arbeitsstunden Überstunden, die über die regelmäßige Arbeitszeit hinausgehen, die nicht als Rufbereitschaft oder Bereitschaftsdienst gelten und die nicht innerhalb von 3 Wochen wieder mit entsprechender Freizeit ausgeglichen werden (§ 8 Manteltarifvertrag für Arzthelferinnen).

Da hinsichtlich des Zeitausgleichs auf den 3-Wochen-Zeitraum abzustellen ist, kann also erst nach Ablauf dieses Zeitraums festgestellt werden, ob und wie viele Überstunden von der Arzthelferin geleistet wurden.

Anders verhält es sich natürlich, wenn von vornherein bei Ableisten der Mehrarbeit außerhalb der regelmäßigen Arbeitszeit feststeht, daß der Arzt einen Zeitausgleich im Rahmen der regelmäßigen Arbeitszeit nicht gewähren will. Dann steht jede über die regelmäßige Arbeitszeit hinausgehende Arbeitsstunde schon als Überstunde fest.

Zur Überstunde mit der Folge des vergütungsmäßigen Zuschlags gehört zusätzlich, daß sie vom Arbeitgeber angeordnet wird.

Setzt der Arzt die regelmäßige Arbeitszeit nicht von vornherein auf bestimmte Zeiten fest, sondern legt er die regelmäßige Arbeitszeit nach Bedarf (z. B. von Woche zu Woche) fest, liegt die Anordnung von Überstunden schon in der Festsetzung derjenigen Arbeitszeiten, die über die regelmäßige (tarifvertragliche) Arbeitszeit hinausgehen. Wird hingegen von Anfang an die regelmäßige Arbeitszeit der Arzthelferin auf be-

stimmte Wochentage und Tageszeiten festgesetzt, so kann die darüber hinaus geleistete Arbeitszeit nur vergütet und mit dem Überstundenzuschlag versehen werden, wenn sie vom Arzt angeordnet wurde.

Den Begriff der Anordnung von Überstunden hat die Rechtsprechung jedoch relativ großzügig ausgelegt. Der ausdrücklichen Anordnung von Überstunden steht es gleich,

- wenn der Arbeitgeber die Überstunden stillschweigend vom Arbeitnehmer erwartet,
- wenn eine bestimmte Anzahl von Überstunden in einem Arbeitsverhältnis schon zur Regel, also praktisch betriebsüblich, geworden ist, oder
- wenn diese Überstunden vom Arbeitgeber zwar nicht erwartet, aber zumindest geduldet werden.

Es gibt für den Arbeitnehmer unter Umständen auch eine Verpflichtung zur Ableistung von Überstunden. Das ist dann der Fall, wenn vorübergehend Mehrarbeit anfällt, die in der regelmäßigen Arbeitszeit nicht zu bewältigen ist. Diese Situation kann z. B. bei Ausfall einer Arbeitskollegin eintreten. Die Verpflichtung des Arbeitnehmers zur Ableistung von Überstunden im Bedarfsfall leitet sich aus seiner allgemeinen Treuepflicht gegenüber dem Arbeitgeber ab. Die Arzthelferin ist aber nicht verpflichtet, permanent Überstunden zu leisten, wenn der Arzt etwa bei dauerhafter Praxisausweitung die notwendige Einstellung einer weiteren Helferin mit Hilfe von Überstunden der vorhandenen Helferin vermeiden will.

IV. Bereitschaftsdienst und Rufbereitschaft (Abgeltung)

Der Arzt leistet ärztliche Bereitschaft im Notfalldienst oder im kassenärztlichen Hintergrunddienst. Im Einzelfall ist gegebenenfalls die Assistenz der Arzthelferin erforderlich. Damit muß auch die Arzthelferin in Bereitschaft stehen. Folglich gehört es zum Berufsbild

der Arzthelferin, Bereitschaftsdienst in der erforderlichen Form und in erforderlichem Umfang zu leisten.

Die Frage des Bereitschaftsdienstes, insbesondere die Vergütungsfrage, war früher im Manteltarifvertrag für Arzthelferinnen überhaupt nicht angesprochen. Arzt und Arzthelferin mußten selbst eine Regelung finden.

Mit der Änderung des Manteltarifvertrags für Arzthelferinnen im April 1979 wurde in § 8 erstmals eine Regelung über den Bereitschaftsdienst und die Rufbereitschaft getroffen. In einer Protokollnotiz zu dieser Tarifvertragsbestimmung hat man darüber hinaus die beiden Begriffe „Bereitschaftsdienst“ und „Rufbereitschaft“ definiert. Beim Bereitschaftsdienst kann der Arzt verlangen, daß sich die Arzthelferin an einem bestimmten Ort, z. B. in der Arztpraxis zur Telefonüberwachung oder zu Hause, abrufbereit aufhält. Bei der Rufbereitschaft bestimmt der Arzt den Bereitschaftsort nicht. Die Arzthelferin muß ihren Aufenthaltsort während der Rufbereitschaft aber dem Arzt anzeigen, damit sie jederzeit abgerufen werden kann.

Zugleich legt diese Protokollnotiz zum Manteltarifvertrag für Arzthelferinnen fest, unter welchen Voraussetzungen Bereitschaftsdienst und Rufbereitschaft vom Arzt angeordnet werden dürfen:

– Bereitschaftsdienst kann für die Arzthelferin danach nur angeordnet werden, wenn in dieser Zeit zwar zu erwarten ist, daß Arbeit anfällt, aber nach der Erfahrung mehr reine Bereitschaftszeit als tatsächlicher Arbeitseinsatz zu leisten ist.

– Rufbereitschaft darf nur angeordnet werden, wenn erfahrungsgemäß in dieser Zeit nur in Ausnahmefällen, also selten, tatsächlicher Arbeitseinsatz der Arzthelferin erforderlich wird.

Die Rufbereitschaft stellt sowohl hinsichtlich der Aufenthaltspflicht an einem bestimmten Ort als auch hinsichtlich der tatsächlich zu leistenden Arbeit geringere Anforderungen als der Bereitschaftsdienst. Der Arzt muß, wenn er die Arzthelferin zu einem Bereitschaftsdienst heranzieht, anhand dieser neuen Begriffsbestimmungen die richtige Form wählen.

Die beiden unterschiedlichen Formen dieses Bereitschaftsdienstes haben Konsequenzen in der Vergütung:

§ 8 Abs. 1 des Manteltarifvertrags für Arzthelferinnen in der Neufassung von 1979 stellt nunmehr klar, daß Bereitschaftsdienst und Rufbereitschaftszeiten nicht mehr von vornherein immer als Überstunden anzusehen und zu vergüten sind. In der Neuregelung wählen die Tarifpartner zur Abgeltung von Bereitschaftsdienst und Rufbereitschaft keine Sondervergütung (z. B. besondere Stundensätze oder Zuschläge), sondern bewerteten Bereitschaftsdienst und Rufbereitschaft zu einem bestimmten Anteil als Arbeitszeit. Die Bereitschaftsdienstzeiten werden nach § 8 Abs. 2 des Manteltarifvertrags zu 40% und die Rufbereitschaften zu 15% als Arbeitszeit bewertet. Damit kommt es für die Vergütung dieser Zeiten nur darauf an, ob sie innerhalb der normalen Regelarbeitszeit oder außerhalb der regelmäßigen Arbeitszeit geleistet werden.

Innerhalb der regelmäßigen Arbeitszeit sind sie mit der normalen Vergütung der Arzthelferin abgegolten, außerhalb der Regelarbeitszeit (d. h., daß durch Bereitschaftsdienst und Rufbereitschaft mit der entsprechenden prozentualen Anrechnung Arbeitszeiten über die regelmäßige Arbeitszeit hinaus geleistet werden) sind sie mit dem Vergütungssatz für Überstunden zu vergüten (§ 8 Abs. 2 Manteltarifvertrag für Arzthelferinnen).

Diese Prozentsätze, zu denen Bereitschafts- und Rufbereitschaftszeiten als Arbeitszeiten angerechnet werden, wird man übrigens auch zur Abgrenzung der Bereitschaftsdienstzeit von der Rufbereitschaft heranziehen können. Wenn danach die tatsächlich anfallenden Arbeitseinsätze, also die typischen Hilfeleistungen der Arzthelferin bei ärztlichen Maßnahmen und die sonstigen typischen Verrichtungen der Arzthelferin, etwa bis zu 15% ihrer Zeit ausfüllen, liegt in der Regel nur eine Rufbereitschaft vor. Nehmen diese tatsächlichen Arbeiten aber etwa bis zu 40% der Zeit in Anspruch, liegt in der Regel Bereitschaftsdienst vor.

Diese Einstufung einer Zeit als Rufbereitschaft oder Bereitschaftsdienstzeit kann aber nicht nach jedem Tag bzw. jeder Notfalldienstschicht rückwirkend beurteilt werden. Es ist vielmehr im voraus bei der Anordnung von Rufbereitschaft oder Bereitschaftsdienst vom Arzt zu prüfen, ob dieser Dienst erwartungsgemäß (also nach der Erfahrung des Arztes) ein entsprechendes Maß an tatsächlichen Einsätzen der Arzthelferin verlangt. Wenn dann – bezogen auf die 15 bzw. auf die 40% Arbeitsanfall in einer Schicht – einmal etwas mehr oder weniger an tatsächlicher Arbeit für die Arzthelferin anfällt, macht dies eine angeordnete Bereitschaftszeit nicht nachträglich zur Vollarbeitszeit und umgekehrt einen Bereitschaftsdienst nicht nachträglich zur bloßen Rufbereitschaft.

Die tarifvertragliche Regelung der Bereitschaftszeit und Rufbereitschaft dient beiden Seiten, sowohl dem Arzt als auch der Arzthelferin. Für die Arzthelferin bedeutet dies, daß die in geringerem Maße als Arbeitszeit angesetzten und damit vergüteten Bereitschaftsdienstzeiten oder Rufbereitschaften nur dann angeordnet werden können, wenn die wirklich zu leistende Arbeit zeitlich nicht überwiegt und deshalb die geringere Anrechnung als Arbeitszeit und damit die geringere Vergütung gerechtfertigt sind. Die Regelungen schützen die Arzthelferin davor, im Endeffekt unter dem Begriff „Bereitschaftsdienst bzw. Rufbereitschaft“ Arbeit leisten zu müssen, die normalerweise als volle Arbeit zu vergüten wäre. Umgekehrt schützen diese Regelungen aber auch den Arzt davor, Zeiten als volle Arbeitszeit bewerten und vergüten zu müssen, in denen keine der vollen Vergütungen entsprechende Arbeitsleistung von der Arzthelferin erbracht wird und auch nicht erbracht werden muß.

V. Teilzeitbeschäftigung

Wie in anderen Berufen ist auch für die Arzthelferin abweichend von der 40-Stundenwoche Teilzeitbeschäftigung möglich.

Der Umfang der Teilzeitbeschäftigung kann frei vereinbart werden.

Es kommt häufiger vor, daß Arbeitnehmerinnen, die anfänglich voll gearbeitet haben, aus familiären Gründen (z. B. nach der Eheschließung, nach der Niederkunft) nur noch halbtags arbeiten möchten. Eine derartige Reduzierung der Arbeitszeit stellt eine wesentliche Änderung des Arbeitsvertrags dar, die nur einvernehmlich mit dem Arbeitgeber erreicht werden kann.

Hier ist aber eines klarzustellen: Der Arbeitnehmer hat keinen Anspruch auf Teilzeitbeschäftigung, wenn dies nicht ausdrücklich im Arbeitsvertrag oder in einem Tarifvertrag vereinbart ist oder sich der Anspruch des Arbeitnehmers auf Änderung des Vollarbeitsverhältnisses in ein Teilzeitbeschäftigungsverhältnis nicht aus dem Gleichbehandlungsgrundsatz ergibt. Letzteres kann nur dann der Fall sein, wenn der Arbeitgeber anderen Arbeitnehmern mit denselben Tätigkeiten die Teilzeitbeschäftigung ohne weiteres gewährt hat und auch betriebliche Erfordernisse einer Teilzeitbeschäftigung nicht entgegenstehen. Nur dann wäre ein Anspruch auf Umwandlung des Vollzeitarbeitsverhältnisses in ein Teilzeitarbeitsverhältnis aus dem Gleichbehandlungsgesichtspunkt denkbar. In der Arztpraxis wird eine solche Situation aber selten gegeben sein.

Der Manteltarifvertrag für Arzthelferinnen räumt einen Teilzeitbeschäftigungsanspruch nicht ein. Er regelt in § 12 nur die vergütungsrechtlichen Folgen einer Teilzeitbeschäftigung, setzt also die einvernehmliche Begründung eines Teilzeitarbeitsverhältnisses zwischen Arzt und Arzthelferin voraus.

Die Tarifpartner haben hinsichtlich der Teilzeitbeschäftigung in § 1 Abs. 3 des Manteltarifvertrags aber festgelegt, daß dieser Manteltarifvertrag nur für solche Arbeitsverhältnisse gelten soll, die von einer durchschnittlichen Arbeitszeit von mindestens 18 Wochenstunden ausgehen. Das bedeutet, daß auch für tarifgebundene Arbeitsvertragsparteien der Tarifvertrag dann nicht mehr gilt, wenn weniger als 18 Stunden in der Woche gearbeitet wird. Arzt und Arzthelferin sind jedoch auch in diesem Falle der Teilzeitarbeit von weniger als 18 Wochenstunden nicht gehindert, die tarifvertragliche Regelung einfach in ihren Einzelarbeitsvertrag zu übernehmen bzw. im Arbeitsvertrag auf den Tarifvertrag zu verweisen und damit im Endeffekt doch wieder tarifgleiche Bedingungen auch für ihr Teilzeitarbeitsverhältnis zu schaffen (soweit diese Tarifregelungen für ein solches Arbeitsverhältnis ihrem Sinn nach dann noch passen).

(Wegen der Vergütung bei Teilzeitbeschäftigung siehe unter Abschnitt G VI)

VI. Arbeitszeit für ArzthelferInnen unter 18 Jahren

Die Bestimmungen der Arbeitszeitordnung gelten nur für Arbeitnehmer über 18 Jahre (§ 1 Abs. 1 Satz 1 AZO). Auch der Manteltarifvertrag für Arzthelferinnen weist in § 7 Abs. 6 darauf hin, daß für Jugendliche die Bestimmungen des Jugendarbeitsschutzgesetzes gelten. Diese Bestimmungen könnten der Tarifvertrag ohnehin nicht außer Kraft setzen.

Bei der Arzthelferin unter 18 Jahren ist der Arzt in der Festlegung der Arbeitszeiten stärker eingeeengt. Nach diesem Gesetz dürfen Jugendliche unter 15 Jahren überhaupt nur in einem Berufsausbildungsverhältnis oder außerhalb eines solchen Ausbildungsverhältnisses mit leichten Arbeiten bis zu 7 Stunden täglich und 35 Stunden wöchentlich beschäftigt werden (§ 7 Jugendarbeitsschutzgesetz).

Für Jugendliche gilt die absolute 5-Tagewoche, d. h., sie dürfen nur an insgesamt 5 Tagen in der Woche beschäftigt werden (§ 15 Jugendarbeitsschutzgesetz). Grundsätzlich verbietet das Jugendarbeitsschutzgesetz auch die Samstags- und Sonntagsbeschäftigung für Jugendliche. Ausgenommen von diesem Verbot ist jedoch die Samstags- und Sonntagsbeschäftigung von Jugendlichen im ärztlichen Notdienst. Während der Notfalldienstzeiten können Jugendliche also auch am Samstag und Sonntag herangezogen werden (§§ 16, 17 Jugendarbeitsschutzgesetz). Es wird sich dann ohnehin meist nur um Bereitschaftsdienst bzw. Rufbereitschaft handeln.

Auch bei der Heranziehung von Jugendlichen im Notdienst muß der Arzt aber nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz folgendes beachten:

– Es sollen mindestens 2 Samstage und es müssen mindestens 2 Sonntage im Monat beschäftigungsfrei bleiben;

– den Jugendlichen ist in den Fällen der Samstags- und Sonntagsbeschäftigung wegen Notfalldienstes ein anderer Tag in derselben Woche – nicht erst in der folgenden Woche – frei zu geben, damit das oben genannte Prinzip der 5-Tagewoche eingehalten werden kann.

Für die Beschäftigung von Arzthelferinnen unter 18 Jahren an Feiertagen gilt dasselbe wie für die Samstags- und Sonntagsbeschäftigung mit der Ausnahme, daß der 1. Weihnachtsfeiertag, der 1. Januar, der 1. Osterfeiertag und der 1. Mai stets freigehalten werden müssen (§ 18 Abs. 2 Jugendarbeitsschutzgesetz).

Hinsichtlich der täglichen Arbeitszeit tritt an die Stelle einer täglichen Höchstarbeitszeit bei erwachsenen Arzthelferinnen von 10 Stunden (z. B. mit Überstunden) eine Höchstarbeitszeit von 8½ Stunden bei Jugendlichen.

E) Urlaub

(Zur Frage des Urlaubsanspruchs bei Kündigung siehe unter Abschnitt I IV. 6.)

I. Urlaubsdauer

Der gesetzliche Mindesturlaub nach dem Bundesurlaubsgesetz beträgt 18 Werktage.

Der Tarifvertrag für Arzthelferinnen sieht jedoch wesentlich mehr Urlaub vor. Mit der letzten Änderung des Manteltarifvertrags wurde der Jahreserholungs-

urlaub der Arzthelferinnen um 2 Tage erhöht. Dieser Urlaub ist nach dem Lebensalter gestaffelt. Er beträgt nunmehr

bis zum 30. Lebensjahr 27 Tage,
vom 30. bis zum 40. Lebensjahr 29 Tage und
ab dem 40. Lebensjahr 31 Tage.

Der mit dem Eintritt des 30. bzw. 40. Lebensjahres erhöhte Urlaubsanspruch entsteht aber jeweils schon in dem Kalenderjahr, in dem die Arzthelferin das 30. bzw. 40. Lebensjahr vollendet.

Auf Arzthelferinnen unter 18 Jahren ist auch bezüglich des Urlaubs das Jugendarbeitsschutzgesetz anzuwenden. Danach beträgt der Urlaub jährlich mindestens 30 Werktage, wenn die Arzthelferin zu Beginn des Kalenderjahres noch nicht 16 Jahre alt ist, mindestens 27 Werktage, wenn sie zu Beginn des Kalenderjahres noch nicht 17 Jahre alt ist, und mindestens 25 Werktage, wenn sie zu Beginn des Kalenderjahres noch nicht 18 Jahre alt ist (§ 19 Abs. 2 Jugendarbeitsschutzgesetz). Dieser Mindesturlaub nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz gilt auch für beiderseits tarifgebundene Arbeitsvertragsparteien.

Unabhängig vom Manteltarifvertrag für Arzthelferinnen, der 27 Urlaubstage in der untersten Altersgruppe vorsieht, erhält die Arzthelferin dennoch 30 Urlaubstage gemäß der Regelung nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz, wenn sie noch nicht 16 Jahre alt ist. Für Arzthelferinnen ab 17 Jahren (bis zum 30. Lebensjahr) bleibt es jedoch bei den 27 Urlaubstagen des Manteltarifvertrags, wenn beide Arbeitsvertragsparteien tarifgebunden sind bzw. den Tarifvertrag entsprechend anwenden. Denn für diese Arzthelferinnen ist die Tarifregelung ab dem 17. Lebensjahr mit 27 Urlaubstagen schon günstiger als das Jugendarbeitsschutzgesetz mit 25 Urlaubstagen.

Für Praxisangestellte unter 18 Jahren ist noch § 19 Abs. 3 Jugendarbeitsschutzgesetz zu beachten: Danach soll der Urlaub Berufsschülern in der Zeit der Berufsschulferien gegeben werden. Soweit er nicht in den Berufsschulferien gegeben wird, ist für jeden Berufsschultag, an dem die Berufsschule während des Urlaubs besucht wird, ein weiterer Urlaubstag zu gewähren.

Als Urlaubstage zählen entsprechend der Arbeitszeit der Arzthelferin die Werktage, d. h. Montag bis Samstag.

II. Fälligkeit des Urlaubsanspruchs, Teilurlaubsanspruch (Zwölfteilung des Jahresurlaubs)

Das Bundesurlaubsgesetz sieht vor, daß der Urlaubsanspruch bei Begründung eines Beschäftigungsverhältnisses erst nach sechsmonatigem Bestehen dieses Arbeitsverhältnisses fällig wird (§ 4 Bundesurlaubsgesetz). Der Urlaub ist grundsätzlich ein Jahresurlaub, d. h., es besteht Anspruch auf den Urlaub für das ganze Jahr. Nur in folgenden Fällen kommt es nach § 5 Bundesurlaubsgesetz zu einer Zwölfteilung des Jahresurlaubs:

– wenn die Arzthelferin während des Kalenderjahres ein Arbeitsverhältnis begründet hat und in diesem

Kalenderjahr die Wartezeit von 6 Monaten noch nicht erfüllen konnte (dann besteht zwar kein Anspruch auf Urlaubsgewährung in diesem Jahr, sondern erst im nächsten Jahr nach Vollendung der sechsmonatigen Wartezeit, der Teilurlaubsanspruch aus dem Jahr des Eintritts in das Beschäftigungsverhältnis kann jedoch auf das nächste Jahr übertragen werden);

– wenn die Arzthelferin vor erfüllter Wartezeit von 6 Monaten aus dem Arbeitsverhältnis ausscheidet;

– wenn die Arzthelferin nach erfüllter Wartezeit in der ersten Hälfte eines Kalenderjahres aus dem Arbeitsverhältnis ausscheidet.

In diesen Fällen erhält die Arzthelferin für jeden vollen Monat der Dauer des Beschäftigungsverhältnisses 1/12 des Jahresurlaubs. Die sich bei einer Zwölfteilung ergebenden Bruchteile von Urlaubstagen, die mindestens einen halben Tag ausmachen, werden jedoch auf volle Urlaubstage aufgerundet. Dem Bundesurlaubsgesetz entsprechende Regelungen enthält auch der Manteltarifvertrag für Arzthelferinnen (§ 15).

III. Anrechnung von bereits eingebrachtem Urlaub bei Wechsel der Arbeitsstelle (Urlaubsbescheinigung)

Wenn der Arbeitnehmer ein neues Beschäftigungsverhältnis eingeht und zuvor schon in einem Arbeitsverhältnis stand, muß er sich einen Urlaub, den er bereits vom bisherigen Arbeitgeber erhalten hat, insoweit anrechnen lassen.

Beispiel: Eine Arzthelferin war bis zum 31. 3. bei Dr. A. beschäftigt. Vor ihrem 30tägigen Jahresurlaub hat sie im Januar schon 10 Tage genommen. Dann wechselt sie ab 1. 4. zu Dr. B. Letzterer müßte ihr nach 6 Monaten Beschäftigungszeit, also ab Oktober, 9/12 des Jahresurlaubs gewähren. Das wären 22,5 Tage, aufgerundet 23 Tage. Auf diese Weise käme aber die Arzthelferin angesichts der schon beanspruchten 10 Tage auf einen Gesamtjahresurlaub von 33 statt 30 Tagen. Deshalb muß sie sich zum Ausschluß von Doppelansprüchen von dem bereits im Januar genommenen Urlaub 3 Tage anrechnen lassen und kann bei Dr. B. nur noch 20 Tage für dieses Jahr erhalten.

Damit der neue Arbeitgeber in solchen Fällen einen bereits beim alten Arbeitgeber beanspruchten Urlaub feststellen kann, ist die Arzthelferin verpflichtet, bei der Einstellung eine Bescheinigung des alten Arbeitgebers über den schon erhaltenen Urlaub vorzulegen (§ 15 Abs. 9 Manteltarifvertrag für Arzthelferinnen). Umgekehrt ist der bisherige Arbeitgeber zur Ausstellung einer solchen Bescheinigung verpflichtet (§ 6 Abs. 2 Bundesurlaubsgesetz, § 15 Abs. 9 Manteltarifvertrag für Arzthelferinnen).

IV. „Gewähren“ des Urlaubs (eigenmächtiges Fernbleiben)

Der Urlaub wird nach dem Sprachgebrauch des Bundesurlaubsgesetzes und des Manteltarifvertrags für Arzthelferinnen „gewährt“. Dies hat die Bedeutung, daß der Urlaub nur angetreten werden kann, wenn und soweit der Arbeitgeber den Urlaub genehmigt. Im

Rechtssinne hat der Arbeitnehmer Anspruch auf „Bewilligung“ des Urlaubs.

Die Arzthelferin muß deshalb dem Arzt rechtzeitig ihren beabsichtigten Urlaub mitteilen und sich mit ihrem Arbeitgeber auf Zeit und Dauer des Urlaubs einigen. Denn der Urlaub soll nicht nur nach den Wünschen des Arbeitnehmers, sondern auch unter Berücksichtigung der Belange des Arbeitgebers gewährt werden. Das bedeutet, daß die Praxisbelange, z. B. bei der Verteilung des Urlaubs auf Zeiten, in denen die Praxis ohnehin geschlossen ist, berücksichtigt werden müssen. Kann der Arzt unter diesen Aspekten konkreten Urlaubswünschen seiner Arzthelferin nicht zustimmen, so darf diese den beabsichtigten Urlaub nicht einfach antreten. Das wäre sonst eine unrechtmäßige Arbeitsverweigerung, die zur außerordentlichen Kündigung berechtigen kann. Nur in ganz krassen Fällen darf der Arbeitnehmer quasi zur Selbsthilfe greifen und seinen Urlaub einfach ohne Einverständnis des Arbeitgebers antreten, z. B., wenn der Arbeitgeber im Dezember immer noch die Urlaubsgewährung verweigert und eine Übertragung des Urlaubs ins nächste Jahr wegen Ausscheidens des Arbeitnehmers nicht möglich ist.

V. Urlaubszweck

Der Urlaub soll der Erholung des Arbeitnehmers, der Erhaltung seiner Gesundheit und seiner Leistungsfähigkeit dienen. Unter diesem Gesichtspunkt sind vier Anforderungen an den Urlaub zu sehen:

- der Urlaub ist möglichst zusammenhängend zu gewähren;
- der Urlaub soll im laufenden Kalenderjahr gewährt werden;
- bei Erkrankung im Urlaub darf die Zeit der Erkrankung auf den Jahresurlaub nicht angerechnet werden;
- der Arbeitnehmer darf während des Urlaubs keine dem Urlaubszweck widersprechende Erwerbstätigkeit leisten.

1. Zusammenhängender Urlaub

Die zusammenhängende Gewährung des Jahresurlaubs wird vom Arbeitnehmer heute selten verlangt. Ein einziger zusammenhängender Urlaub könnte unter Umständen auch die Praxisführung des Arztes beeinträchtigen, wenn dadurch die Praxis zu lange geschlossen werden müßte. Daher sind auch hier die Praxisbelange zu berücksichtigen. Es soll nur eine zu starke Aufspaltung des Jahresurlaubs vermieden werden, weil sonst der gewünschte Erholungseffekt nicht eintreten kann.

2. Verfall des Urlaubsanspruchs und Übertragbarkeit ins nächste Jahr

Der Übertragbarkeit des Urlaubs ins nächste Jahr sind Grenzen gesetzt. Ein nicht beanspruchter Urlaub muß zum 31. 3. des Folgejahres genommen werden, sonst verfällt er.

Gelegentlich vereinbaren jedoch Arbeitgeber und Arbeitnehmer, daß Urlaub aus dem Vorjahr über den

31. 3. eines Folgejahres hinaus übertragen und genommen werden kann. Auch in diesem Falle tritt an sich die Rechtswirkung des § 7 Abs. 3 Bundesurlaubsgesetz ein, d. h., der über den 31. 3. des Folgejahres hinaus noch nicht beanspruchte Urlaub des Vorjahres verfällt. Nur würde dann die Berufung des Arbeitgebers auf diesen Verfall wegen der vorhergehenden Vereinbarung rechtsmißbräuchlich und unzulässig sein und der Arbeitnehmer den Urlaub deshalb doch nach dem 31. 3. antreten dürfen.

Es gibt darüber hinaus einen gesetzlich geregelten Ausnahmefall, in dem der Verfall des Urlaubsanspruchs für übertragenen Urlaub auch nach dem 31. 3. des Folgejahres nicht eintritt: Wenn eine Arzthelferin z. B. erst am 1. November bei einem Arzt eintritt, so hat sie für dieses Kalenderjahr Anspruch auf 2/12 des Jahresurlaubs, falls sie ihren Urlaub nicht schon bei einem vorherigen Arbeitgeber voll genommen hat. Der Anspruch auf Urlaubsgewährung entsteht aber beim neuen Arbeitgeber erst nach 6 Monaten Beschäftigung, also erst im April des nächsten Jahres. In diesen Fällen sieht das Bundesurlaubsgesetz vor, daß der Arbeitgeber auf Verlangen des Arbeitnehmers den Teilurlaub aus dem alten Jahr – hier die 2/12 – auf das nächste Jahr auch über den 31. 3. hinaus übertragen kann und dieser Teilurlaub also nicht verfällt (§ 7 Abs. 3 letzter Satz Bundesurlaubsgesetz).

3. Erkrankung und Urlaub, Kuren und Schonzeiten

Erkrankt die Arzthelferin im Urlaub, so muß sie dies ihrem Arbeitgeber unverzüglich anzeigen, und zwar unter Vorlage eines ärztlichen Zeugnisses. Dann wird der Urlaub für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit unterbrochen und der Arzthelferin gehen diese Tage der Erkrankung als Urlaub nicht verloren (§ 9 Bundesurlaubsgesetz, § 15 Abs. 7 Manteltarifvertrag für Arzthelferinnen).

„Unverzüglich“ bedeutet in der Rechtssprache ohne schuldhaftes Zögern. Wenn der Arbeitnehmer also aufgrund der Erkrankung zur Mitteilung nicht sogleich in der Lage ist, so liegt kein schuldhaftes Verzögern vor. In § 15 Abs. 7 Manteltarifvertrag für Arzthelferinnen ist weiterhin festgelegt, daß Arzt und Arzthelferin im Falle der Erkrankung im Urlaub nach Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit vereinbaren, ob der wegen Erkrankung ausgefallene Urlaub sofort im Anschluß an die Wiedergenesung oder erst später nachgeholt wird.

Auch Kuren und Schonzeiten werden nach § 10 Bundesurlaubsgesetz nicht auf den Urlaub angerechnet, soweit ein Anspruch auf Gehaltsfortzahlung nach den gesetzlichen Vorschriften über die Entgeltfortzahlung im Krankheitsfalle gegeben ist. Ein solcher Anspruch ergibt sich für den Angestellten aus § 616 BGB. Dazu hat das Bundesarbeitsgericht festgestellt, daß für einen Angestellten, dem eine Kur vom Träger der Rentenversicherung bewilligt wird, ein Gehaltsfortzahlungsanspruch nach § 616 BGB auch gegeben ist, wenn eine Arbeitsunfähigkeit im medizinischen Sinne nicht vorliegt.

Im Zusammenhang mit der Erkrankung des Arbeitnehmers ist auf ein gelegentlich auftauchendes Problem

aufmerksam zu machen: Kann der Arbeitnehmer auch einen Urlaubsanspruch geltend machen, wenn er das ganze Jahr wegen einer längeren Erkrankung nicht gearbeitet hat? Zwar wird der Urlaubsanspruch nicht durch Erkrankung beeinträchtigt. Um die sich daraus eventuell ergebenden Unbilligkeiten für den Arbeitgeber jedoch zu vermeiden, hat die arbeitsgerichtliche Rechtsprechung festgestellt, daß der Arbeitnehmer nie mehr Urlaubstage in einem Kalenderjahr beanspruchen kann, als er überhaupt in dem Jahr gearbeitet hat. Die Berufung eines Arbeitnehmers auf die Bestimmung, wonach der Urlaubsanspruch durch Krankheit nicht entfällt, wäre in einem solchen Fall insoweit rechtsmißbräuchlich.

4. Erwerbstätigkeit im Urlaub

Nach § 8 Bundesurlaubsgesetz darf der Arbeitnehmer während des Urlaubs keine dem Urlaubszweck widersprechende Erwerbstätigkeit leisten. Die Arzthelferin darf daher während des Urlaubs nicht bei einem anderen Arzt – z. B. als Aushilfe – arbeiten. Das gilt sogar dann, wenn ein Arbeitsverhältnis ohnehin aufgelöst wird und (was häufig so gehandhabt wird) der Urlaub innerhalb der Kündigungsfrist vor Auslaufen des Arbeitsverhältnisses noch genommen wird. Dann kann z. B. bei Arbeitgeberwechsel nicht im Urlaub schon die Arbeit beim neuen Arbeitgeber aufgenommen werden. Bei Verstoß gegen diese Bestimmung geht der Urlaubsanspruch bzw. der Gehaltsfortzahlungsanspruch für die Urlaubszeit verloren.

VI. Gehaltsfortzahlung im Urlaub

Auch während des Urlaubs erhält der Arbeitnehmer sein Gehalt. Man spricht dabei vom Urlaubsentgelt. Über die Höhe des Urlaubsentgelts sagt der Manteltarifvertrag für Arzthelferinnen nichts aus. Es gilt somit in jedem Fall § 11 Bundesurlaubsgesetz. Danach bemißt sich das Urlaubsentgelt nach dem Durchschnittsverdienst der letzten 13 Wochen vor dem Urlaub. Erhöhungen des normalen Verdienstes, die in diesen 13 Wochen oder während des Urlaubs eintreten, müssen nur berücksichtigt werden, wenn es sich um nicht nur vorübergehende Erhöhungen handelt. Nicht nur vorübergehend ist z. B. das Vorrücken in den Altersstufen der Vergütungstabelle. Überstunden führen meist nur zu vorübergehenden Erhöhungen der Vergütung. Es besteht daher nach dem Bundesurlaubsgesetz in der Regel kein Anspruch darauf, sie bei der Berechnung des Urlaubsentgelts mit zu berücksichtigen.

VII. Urlaubsabgeltung

Die finanzielle Urlaubsabgeltung ist im Manteltarifvertrag für Arzthelferinnen nicht geregelt. Es gelten daher die gesetzlichen Vorschriften.

Ein nicht gewährter, nicht beanspruchter bzw. verfallener Urlaub kann grundsätzlich nicht finanziell abgegolten werden. Eine Ausnahme hiervon enthält lediglich § 7 Bundesurlaubsgesetz. Danach ist der Urlaub abzugelten, wenn er wegen Beendigung ganz oder teilweise nicht mehr gewährt werden kann. Die Urlaubsabgeltung erfolgt in gleicher Höhe wie das Urlaubsgeld. Endet das Ausbildungsverhältnis der Arzthelferin, ist folgendes zu beachten: Wenn das

Ausbildungsverhältnis nicht in ein ordentliches Arbeitsverhältnis umgewandelt wird, sollte rechtzeitig die Frage eines eventuell noch zustehenden (Rest-)Urlaubs geregelt werden. Der Arzt kann verlangen, daß der Urlaub bzw. der Resturlaub bis zum Ausscheiden genommen wird, ansonsten ist er abzugelten. Wird das Ausbildungsverhältnis stillschweigend als Arbeitsverhältnis fortgesetzt und scheidet die Arzthelferin dann erst aus dem Arbeitsverhältnis aus, ist einer gegebenenfalls notwendig werdenden Urlaubsabgeltung bereits das reguläre Arzthelferinnengehalt zugrunde zu legen, und zwar auch für den Urlaubsanteil, der noch während der Ausbildungszeit angefallen war.

(Zur Frage der Einbringung eines Resturlaubs bei gekündigtem Arbeitsverhältnis siehe unter Abschnitt I IV. 6. b)

VIII. Fortbildungsurlaub

Im Manteltarifvertrag für Arzthelferinnen wurde 1979 der Fortbildungsurlaub erstmalig eingeführt. Nach den gesetzlichen Bestimmungen in Bayern besteht für die Arzthelferin kein Anspruch auf Fortbildungsurlaub. Er ergibt sich daher für beiderseits tarifgebundene Arbeitsvertragsparteien lediglich aus dem vorgenannten Manteltarifvertrag oder aus dem Arbeitsvertrag, wenn und soweit der Manteltarifvertrag auch diesbezüglich entsprechend angewandt wird.

§ 16 des Manteltarifvertrags für Arzthelferinnen sieht vor, daß die Arzthelferin in einem Zeitraum von jeweils 2 Jahren bis zu 4 Tagen bezahlten Urlaub zur Teilnahme an der berufsbezogenen Fortbildung erhalten kann. Dabei ist die Bestätigung über die Teilnahme und das Ergebnis der Teilnahme an der Fortbildungsveranstaltung dem Arzt vorzulegen.

Wenn schon der Arzt nach der Berufsordnung verpflichtet ist, sich angesichts der rasch weiterentwickelnden medizinischen Wissenschaft fortlaufend fortzubilden, so sollte dies auch für die Arzthelferin gelten. Zu diesem Zweck werden von den Landesärztekammern und der Bundesärztekammer Fortbildungsveranstaltungen für die ärztlichen Assistenzberufe angeboten.

F) Mutterschutz

Nach § 5 Mutterschutzgesetz sollen werdende Mütter ihrem Arbeitgeber die Schwangerschaft und den mutmaßlichen Tag der Entbindung mitteilen, sobald ihnen ihr Zustand bekannt ist. Auch der Arzt kann als Arbeitgeber nach dieser Vorschrift von der Arzthelferin die Vorlage des Zeugnisses eines Kollegen oder einer Hebamme über die Schwangerschaft verlangen. Diese Mitteilung über die Schwangerschaft liegt im eigenen Interesse der Arzthelferin. Denn mit der Kenntnis des Arbeitgebers von der Schwangerschaft hat dieser die entsprechenden Schutzvorschriften zu beachten und genießt die werdende Mutter z. B. den Kündigungsschutz (siehe unter III).

Der Schutz der werdenden Mutter und stillenden Mutter ist im Mutterschutzgesetz umfassend geregelt.

Das Gesetz gilt für weibliche Arbeitnehmer in jedem Beschäftigungsverhältnis und auch in Ausbildungsverhältnissen. Es erfaßt jedoch nur Schwangere und Frauen, die von einem Kind entbunden wurden, kann also auf Mütter, die ein Kind adoptieren, nicht (entsprechend) angewandt werden.

I. Gestaltung des Arbeitsplatzes

Im Grundsatz stellt § 2 Abs. 1 des Mutterschutzgesetzes fest, daß bei der Einrichtung und Unterhaltung eines Arbeitsplatzes, an dem eine werdende oder stillende Mutter beschäftigt ist, die erforderlichen Vorkehrungen und Maßnahmen zum Schutze von Leben und Gesundheit von Mutter und Kind zu treffen sind. Werdenden oder stillenden Müttern sind vor allen Sitzgelegenheiten in ausreichendem Umfang bereitzustellen (§ 2 Abs. 2 Mutterschutzgesetz). Wird eine werdende oder stillende Mutter mit Arbeiten beschäftigt, bei denen sie ständig sitzen muß, ist ihr Gelegenheit zu kurzen Unterbrechungen der Arbeit zu geben (§ 2 Abs. 3 Mutterschutzgesetz). Nach § 4 des Gesetzes dürfen werdende Mütter weder mit schweren körperlichen Arbeiten noch mit Arbeiten beschäftigt werden, bei denen sie u. a. schädlichen Einwirkungen von Strahlen ausgesetzt sind. Im einzelnen braucht auf die Schutzbestimmungen, die die gesundheitliche Gefährdung von Mutter und Kind ausschließen wollen, hier nicht eingegangen zu werden. Der Arzt wird als Arbeitgeber eventuelle gesundheitliche Gefährdungen (z. B. durch Röntgenstrahlen bei der Tätigkeit am Röntgengerät) selbst am besten beurteilen können.

II. Arbeitszeit

Für werdende und stillende Mütter gelten gewisse zeitliche Arbeitsbeschränkungen.

Nacharbeit, also Arbeit zwischen 20.00 und 6.00 Uhr, und Sonn- und Feiertagsarbeit darf nicht geleistet werden (§ 8 Abs. 1 Mutterschutzgesetz).

Auch die Überstunden sind begrenzt. Es darf z. B. nicht über 8½ Stunden täglich und innerhalb eines 2-Wochen-Zeitraumes insgesamt nicht über 90 Stunden hinaus gearbeitet werden. Bei Arzthelferinnen unter 18 Jahren mit Mutterschutz verkürzen sich diese Fristen sogar noch auf 8 Stunden maximaler täglicher Arbeit und 80 Stunden innerhalb des 2-Wochen-Zeitraums (§ 8 Abs. 2 Mutterschutzgesetz).

III. Kündigungsschutz

Während der Schwangerschaft und danach bis zum Ablauf von 4 Monaten nach der Entbindung ist die Kündigung durch den Arbeitgeber unzulässig. Dies gilt sowohl für die ordentliche als auch für eine außerordentliche (fristlose) Kündigung.

Hat die Arzthelferin die Mitteilung der Schwangerschaft an ihren Arbeitgeber versäumt und wird ihr gekündigt, so kann sie trotzdem noch die Möglichkeit wahrnehmen, dem Arzt die Schwangerschaft innerhalb von 2 Wochen nach Zugang der Kündigung bekanntzugeben und sich dadurch den Mutterschutz einschließlich des Kündigungsschutzes zu erhalten (§

9 Abs. 1 Mutterschutzgesetz). Erst kürzlich hat das Bundesverfassungsgericht in zwei Urteilen diesen Kündigungsschutz praktisch noch über die Bestimmung des Mutterschutzgesetzes hinaus erweitert. Das Gericht kam zu dem Ergebnis, daß die Schwangere den Kündigungsschutz auch dann nicht verliert, wenn sie die Schwangerschaft ohne ihr Verschulden nicht innerhalb der 2 Wochen nach Kündigung dem Arbeitgeber angezeigt hat. Sie muß in diesem Falle die Anzeige nur unverzüglich nachholen, wobei an die „Unverzüglichkeit“ keine zu strengen Anforderungen gestellt werden sollen. Die Beweislast dafür, daß die Schwangere die Anzeigefrist von 2 Wochen nach der Kündigung schuldhaft überschritten hat, trifft den Arbeitgeber. Wie das Gericht ausführte, müsse der Frau, nachdem sie vom Eintritt der Schwangerschaft Kenntnis erhalten hat, eine gewisse Schonfrist zugebilligt werden, innerhalb derer sie mit sich und ihrer veränderten Situation zurecht kommen kann.

Das Kündigungsverbot für den Arbeitgeber erstreckt sich auch auf die Zeit eines Mutterschaftsurlaubs (siehe unter VI). Nach § 9 a Mutterschutzgesetz kann der Arbeitgeber während des Mutterschaftsurlaubs und bis zum Ablauf von 2 Monaten nach Beendigung des Mutterschaftsurlaubs eine Kündigung nicht aussprechen. Der Kündigungsschutz erstreckt sich somit bei Beanspruchung des Mutterschaftsurlaubs insgesamt auf 10 Monate nach der Entbindung.

IV. Kündigung durch die Arzthelferin

Die gesetzlichen Mutterschutzvorschriften schützen vor einer Kündigung durch den Arbeitgeber. Umgekehrt kann aber die Arzthelferin nach dem Mutterschutzgesetz während der Schwangerschaft und während der Schutzfrist nach der Entbindung jederzeit das Arbeitsverhältnis ohne Einhaltung einer Frist kündigen (§ 10 Mutterschutzgesetz). Diese Kündigung ohne Einhaltung einer Frist ist aber nur bis zum Ende der Schutzfrist nach der Entbindung zulässig. Beansprucht die Mutter den Mutterschaftsurlaub, so kann sie während des Mutterschaftsurlaubs ihr Arbeitsverhältnis unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von 1 Monat zum Ende des Mutterschaftsurlaubs kündigen, wenn nicht kürzere gesetzliche oder vereinbarte Kündigungsfristen (siehe unter Abschnitt I IV. 3 a) gelten.

Löst die Arzthelferin das Arbeitsverhältnis nach den vorgenannten Vorschriften von sich aus auf und wird sie innerhalb eines Jahres nach der Entbindung von demselben Arzt wiederum eingestellt und weiterbeschäftigt, so gilt das ursprüngliche Arbeitsverhältnis als nicht unterbrochen, soweit Rechte aus dem Arbeitsverhältnis von der Dauer der Betriebszugehörigkeit bzw. von der Dauer der Beschäftigungszeit abhängen (§ 10 Abs. 2 Mutterschutzgesetz). Diese Zwischenzeit würde dann z. B. bei der Berechnung der Berufsjahre zur Ermittlung des Gehalts (§ 1 des Gehaltstarifvertrags für Arzthelferinnen – Gehaltstabelle für vollbeschäftigte Arzthelferinnen) mitgerechnet. § 10 Abs. 2 Mutterschutzgesetz geht insoweit § 11 Abs. 2 Manteltarifvertrag für Arzthelferinnen vor. Auch bei der Berechnung der vermögenswirksamen Leistungen nach § 11 Abs. 8 Manteltarifvertrag für Arzthelferinnen, bei der es auf die Dauer der Praxiszugehörigkeit ankommt, wäre diese Zeit dann zu berücksichti-

gen. Diese Mitberechnung der Zeit zwischen Entbindung und Wiedereinstellung findet aber nicht statt, wenn die Arzthelferin in der Zeit von der Auflösung des Arbeitsverhältnisses bis zu ihrer Wiedereinstellung zwischenzeitlich bei einem anderen Arbeitgeber beschäftigt war (§ 10 Abs. 2 Mutterschutzgesetz).

V. Arbeitsfreistellung

Werdende Mütter dürfen in den letzten 6 Wochen vor der Entbindung nicht beschäftigt werden. Eine Beschäftigung ist nur möglich, wenn sich die werdende Mutter selbst zur Arbeitsleistung ausdrücklich bereit erklärt. Diese Erklärung kann sie allerdings jederzeit widerrufen (§ 3 Abs. 2 Mutterschutzgesetz). Auch vor den letzten 6 Wochen vor der Entbindung dürfen werdende Mütter nicht beschäftigt werden, wenn sie durch das Zeugnis eines Arztes nachweisen, daß Leben oder Gesundheit von Mutter oder Kind bei Fortdauer der Beschäftigung gefährdet wäre (§ 3 Abs. 1 Mutterschutzgesetz).

Nach der Entbindung dürfen Wöchnerinnen bis zum Ablauf von 8 Wochen nicht beschäftigt werden. Bei Früh- und Mehrlingsgeburten verlängert sich diese Schutzfrist nach der Entbindung von 8 auf 12 Wochen (§ 6 Mutterschutzgesetz). Auch über diese Fristen hinaus dürfen Frauen, die in den ersten Monaten nach der Entbindung noch nicht voll leistungsfähig sind, nicht zu einer ihre Leistungsfähigkeit übersteigenden Arbeit herangezogen werden. In diesem Falle bedarf es jedoch ebenfalls der Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung (§ 6 Abs. 2 Mutterschutzgesetz).

Soweit werdende Mütter nicht bereits nach den vorstehenden Vorschriften von der Arbeit freigestellt sind, hat ihnen der Arbeitgeber die Freizeit zu gewähren, die zur Durchführung der Untersuchungen im Rahmen der Mutterschaftshilfe erforderlich sind. Die Vergütung ist während dieser Zeit weiter zu bezahlen (§ 16 Bundesurlaubsgesetz). Gerade der Arzt sollte als Arbeitgeber darauf achten, daß die entsprechenden Vorsorgeuntersuchungen nach den Mutterschaftsrichtlinien durchgeführt werden.

Für die Zeit der Mutterschutzfristen und nach der Entbindung erhält die Arzthelferin, die ja in der Regel in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist, Mutterschaftsgeld von ihrer Krankenkasse in Höhe ihres Nettoarbeitsentgelts (§ 13 Mutterschutzgesetz, § 200 RVO). Voraussetzung ist allerdings, daß die Arzthelferin in der Zeit zwischen dem 10. und 4. Monat (einschließlich dieser Monate) vor der Entbindung mindestens 12 Wochen versicherungspflichtig war bzw. im Arbeitsverhältnis stand. Nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Frauen wird zu Lasten des Bundes Mutterschaftsgeld gewährt (§ 13 Mutterschutzgesetz). Das Mutterschaftsgeld berechnet sich aus den um die gesetzlichen Gehaltsabzüge verminderten Bezügen der letzten 3 Kalendermonate bzw. letzten 13 Wochen in Form eines durchschnittlichen täglichen Arbeitsentgelts. Es beträgt zur Zeit mindestens DM 3,50, höchstens DM 25,- je Kalendertag (§ 200 Abs. 2 RVO). Der Arbeitgeber hat seiner Arbeitnehmerin gegebenenfalls jedoch einen Zuschuß in Höhe des Unterschiedsbetrags zwischen dem so errechneten Mutterschaftsgeld und dem um

die gesetzlichen Gehaltsabzüge verminderten durchschnittlichen kalendertäglichen Arbeitsentgelt zu gewähren (§ 14 Mutterschutzgesetz).

VI. Mutterschaftsurlaub

Seit 1. Juli 1979 ist das Gesetz zur Einführung eines Mutterschaftsurlaubs in Kraft. Danach hat der Gesetzgeber den Müttern im Anschluß an die 8wöchige bzw. 12wöchige Schutzfrist nach der Entbindung einen Anspruch auf Mutterschaftsurlaub bis zu dem Tag eingeräumt, an dem das Kind 6 Monate alt wird. Die Mutter soll dadurch die Möglichkeit haben, sich in dieser für die Mutter-Kind-Beziehung so wichtigen Phase ganz dem Kind widmen zu können. Aus diesem Grunde darf die Mutter, wenn sie den Mutterschaftsurlaub beansprucht, während dieser Zeit auch keinerlei Erwerbstätigkeit (etwa bei einem anderen Arbeitgeber) leisten.

Dieser Anspruch auf den Mutterschaftsurlaub kann durch Arbeits- oder Tarifvertrag nicht ausgeschlossen oder verkürzt werden. Während des Mutterschaftsurlaubs wird ebenso wie während der Mutterschutzfristen das Mutterschaftsgeld gezahlt.

Will die Arzthelferin von diesem Mutterschaftsurlaub Gebrauch machen, muß sie dies spätestens 4 Wochen vor Ablauf der 8 Wochen (bzw. 12 Wochen-) Schutzfrist nach der Entbindung vom Arbeitgeber verlangen. Nur wenn die Mutter diesen Urlaub aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, nicht rechtzeitig verlangen bzw. antreten kann, darf sie den Mutterschaftsurlaub innerhalb einer Woche nach Wegfall dieses Grundes verlangen bzw. nachholen. Ein solcher Fall ist z. B. gegeben, wenn die Mutter vor Ablauf der Schutzfristen nach der Entbindung erkrankt und deshalb den Mutterschaftsurlaub nicht rechtzeitig verlangen kann. Bis spätestens 1 Woche nach der Wiedergesundung kann dann der Mutterschaftsurlaub noch gefordert werden.

Nimmt die Arzthelferin den Mutterschaftsurlaub, wirkt sich dies auf ihren normalen Erholungsurlaub aus. Der Erholungsurlaub kann dann für jeden Monat Mutterschaftsurlaub vom Arzt um 1/12 gekürzt werden. Hat die Mutter zur Zeit, da sie den Mutterschaftsurlaub antritt, ihren Erholungsurlaub aus dem Arbeitsverhältnis aber schon genommen, kann eine solche Anrechnung nicht mehr stattfinden. In diesem Fall darf auch das Urlaubsentgelt (während des Urlaubs fortbezahltes Gehalt) nicht zurückgefordert werden.

Beabsichtigt die Arzthelferin, nach Ablauf des Mutterschaftsurlaubs das Arbeitsverhältnis aufzulösen, um sich der Erziehung des Kindes zu widmen, muß sie dies ihrem Arzt rechtzeitig mitteilen. Der Arzt kann sie schon bei Anmeldung des Mutterschaftsurlaubs zu einer diesbezüglichen Erklärung auffordern. Dann hat die Arzthelferin dem Arzt spätestens 4 Wochen nach Antritt ihres Mutterschaftsurlaubs mitzuteilen, ob sie nach diesem Urlaub weiterarbeiten will.

Auch während des Mutterschaftsurlaubs besteht Kündigungsschutz (siehe unter III.).

(Schluß folgt)

Entschliefungen des 34. Bayerischen Ärztetages

Katastrophen-Vorsorga in Bayern

Der 34. Bayerische Ärztetag appelliert aus der Sorga um einen ausreichenden Katastrophenschutz für unsere Bevölkerung im Frieden und im Verteidigungsfall an den Bayerischen Landtag und die Bayerische Staatsregierung, einer zwingend notwendigen Verbesserung des Katastrophenschutzes im Freistaat Bayern in Planung und Ausbau umgehend im Rahmen der für Bayern verfügbaren Mittel des Bundes den erforderlichen Vorrang einzuräumen.

Eine verbesserte Unterstützung und die staatliche Förderung von Schutzmaßnahmen sind zur Sicherung und zum Schutz des Lebens unserer Mitbürger von vorrangiger Bedeutung. Dies gilt sowohl für friedensmäßige Katastrophen (wie z. B. Naturkatastrophen – Erdbeben, Lawinen und Überschwemmungen –, aber auch Massenvergiftungen, Epidemien, Messenkarambolagen auf Autobahnen, Flugzeugabstürze, Großbrände, Reaktorunfälle sowie für Großschadensereignisse im industriellen Bereich u. a.) als auch für den Verteidigungsfall als der größtmöglichen Katastrophe.

Da Katastrophen im zivilen Bereich den höchsten Wahrscheinlichkeitsgrad besitzen, müssen jedoch Vorsorgemaßnahmen zu ihrer Beherrschung Priorität genießen.

Organspenden und Transplantationen in Bayern

Der 34. Bayerische Ärztetag appelliert an alle Kolleginnen und Kollegen an den Intensivstationen Bayerns, bei jedem geeigneten potentiellen Organspender das Gespräch mit den Angehörigen zu suchen und nach Zustimmung unverzüglich das zuständige Transplantationszentrum zu benachrichtigen (Südbayern: Klinikum Großhadern, München – Nordbayern: Universität Erlangen-Nürnberg, im Aufbau).

Der noch vorhandene Mangel an Spenderorganen beruht nicht auf einer ungenügenden Bereitschaft der Bevölkerung, da nach den bisherigen Erfahrungen über 90 Prozent der Angehörigen nach einem Gespräch mit der Explantation einverstanden sind. Von 1976 bis 1981 stieg die Explantationsfrequenz auf über

das Fünffache an! Für die Weiterentwicklung auf diesem so segensreichen Gebiet moderner Medizin ist in erster Linie die verstärkte Miteinwirkung oder Kollaboration, insbesondere auch an den peripheren Krankenhäusern, erforderlich. In den zurückliegenden fünf Jahren konnten mit der Explantation gerade auch an Kreiskrankenhäusern sehr positive Erfahrungen gesammelt werden. Die Lösung des Problems des Organmangels ist somit in erster Linie unser ärztliches Problem.

Angesichts der positiven Entwicklung auf diesem Gebiet in den letzten Jahren wird die Verebcheidung eines Transplantationsgesetzes für nicht notwendig gehalten. Die freiwillige Bereitschaft zur Organspende ist aber ausschließlich eine persönliche Entscheidung unserer Mitbürger. Die Eintragung in den Personalausweis ist abzulehnen! Die weitere Ausgabe von Spandareuweisen und die Information unserer Bevölkerung ist aufgrund bisheriger Erfahrungen weitaus erfolgreicher als eine gesetzliche Regelung!

Nierentransplantationen sind schon seit vielen Jahren praktisch Routineeingriffe: rund 50 000 Transplantationen in den westlichen Ländern bisher! Darunter stehen in der Bundesrepublik Deutschland 1634 Patienten auf der Warteliste von Eurotransplant (Stand: Dezember 1980). Der jährliche Bedarf beträgt rund 1500 Nierentransplantationen. Effektiv kann jedoch im Augenblick nur rund die Hälfte durchgeführt werden. Zunehmend werden auch Transplantationen anderer Organe vorgenommen, wann auch bisher nur in Einzelfällen. Am Transplantationszentrum München wurden im laufenden Jahr 1981 neben 80 Nieren auch ein Herz und drei Bauchspeicheldrüsen implantiert, ferner ein deutsches Herzzentrum München ein Herz.

Die Zusammenarbeit zwischen dem jeweiligen Krankenhaus und dem zuständigen Transplantationszentrum kann auf drei verschiedenen Wegen erfolgen:

1. Durchführung der Hirntoddiagnostik und der Organentnahme in eigener Regie von den Kollegen des jeweiligen Krankenhauses.
2. Durchführung der Hirntoddiagnostik und der Organentnahme durch mobile Ärzteteams, die nach dem „Modell München“ vom Klinikum Großhadern angefordert werden können.

3. In Ausnahmefällen: Verlegung des Organpenders nach sicherer Todesfeststellung zur Organentnahme in das Zentrum.

Noch nicht Eingang in die Transplantationspraxis hat die Möglichkeit gefunden, auch bei Säuglingen und Kleinkindern bei den sogenannten inoperablen Gallengangsatresien Lebern zu transplantieren. Ursache war die bisherige Unmöglichkeit, in dieser Altersgruppe Spenderorgane zu erhalten, weil die Feststellung des Hirntodes bei Neugeborenen und Säuglingen anderen Gesetzen unterliegt als bei Erwachsenen. Die Kriterien für die Feststellung des Hirntodes in dieser Altersgruppe liegen jetzt vor. Kinderärzte und Geburtshelfer sind nun aufgefordert, bei ihren hirntoten Neugeborenen und Säuglingen zu prüfen, ob eine Leberexplantation möglich ist. Leberexplantation und Lebertransplantation sind in der Kinderchirurgischen Universitätsklinik im Dr. von Haunerschen Kinderspital München möglich, entsprechend dem „Münchener Modell“.

Bayerische Perinatalerhebung

Der 34. Bayerische Ärztetag appelliert mit allem Nachdruck an die noch abseits stehenden Geburtshelfer Bayerns zur Teilnahme an der bayerischen Perinatalerhebung!

Erfreulicherweise haben sich 1980 rund 80 Prozent aller geburtshilflich tätigen Kolleginnen und Kollegen beteiligt und weitere Geburtshelfer ihre Beteiligung für 1982 zugesagt. Sicher tragen dazu ganz wesentlich sowohl die Herausgabe der von der Kommission für Perinatalogie erarbeiteten Informationsbroschüre als auch die Hilfen bei der Entwicklung der Klinikprofile, die erstmals jeder Klinik einen differenzierten Vergleich mit anderen Kliniken ermöglichen, bei. Aber nur die Teilnahme aller Kollegen stellt sicher, daß diese in der Bundesrepublik Deutschland einmalige permanente Einrichtung einer freiwilligen Selbstkontrolle in Händen und in Verantwortung der Ärzteschaft zu einer umfassenden Gesamterhebung aller Geburten in Bayern wird! Die wenigen bayerischen Geburtshelfer, die jetzt noch abseits stehen, sind alle aufgefordert, sich freiwillig anzuschließen.

Im ersten Jahr 1979 nehmen freiwillig und spontan die Frauenärzte von 136 geburtshilflichen Abteilungen mit jährlich rund 65 000 Geburten teil und ihre Zahl stieg 1980 auf 164 Teilnehmer mit 81 275 erfaßten und analysierten Geburten an. Damit konnten wir 1980 in der Perinatalerhebung von insgesamt 114 451 Geburten Bayerns 71 Prozent aller Neugeborenen erfassen.

Gleichzeitig wurde dokumentiert, daß die Verweildauer an den beteiligten Kliniken in diesen Vergleichsjahren von 8,8 auf 7,95 Tage sank, ebenso wie die perinatale Mortalität von 1,10 auf 1,02 Prozent.

Während Bayern 1978 im Vergleich zu anderen Bundesländern an dritthöchster Stelle lag, stehen wir heute an sechster Stelle!

Die Verminderung perinataler Mortalität, insbesondere auch der bleibenden Behinderungen bei Neugeborenen, ist eine ärztliche Aufgabe hohen Ranges, der sich die bayerische Ärzteschaft stellt. *Die bisher nachweisbaren Ergebnisse:* Qualitätsverbesserung durch internen und externen Leistungsvergleich in anonymisierter Form, eine bessere Information zur perinatologischen Situation in Bayern, die verbürgte Anonymität für Patienten, Ärzte und Kliniken, die zentrale Organisation und Auswertung ausschließlich in eigener Zuständigkeit der Ärzteschaft haben wesentlich zum nunmehrigen Erfolg dieser bayerischen Perinatalerhebung beigetragen. Aufbauend und in Anlehnung an unser Modell hat sich auch in Niedersachsen eine entsprechende Arbeitsgemeinschaft gebildet, die seit 1980 eine Erhebung durchführt und eng mit uns zusammenarbeitet. Weitere Bundesländer sind in der Vorbereitung einer ähnlichen Erhebung.

Medizinische Genetik

Die Möglichkeiten pränataler Diagnostik finden in der Öffentlichkeit breites Interesse.

Es ist notwendig, sowohl die Voraussetzungen für alle Formen der pränatalen Diagnostik durch spezielle Weiterbildung von Ärzten zu verbessern, als auch im Rahmen der Fortbildung die Kenntnisse jener Ärzte zu vertiefen, die unmittelbar die Betreuung und Beratung der Patienten wahrnehmen.

Im Bereich der humangenetischen Beratung, insbesondere der pränatalen genetischen Diagnostik, besteht nach wie vor ein Defizit an medizinischer Betreuung in Bayern. Es ist notwendig, in größerem Umfang als bisher, jüngere Kollegen für dieses Aufgabengebiet zu interessieren und sie zu veranlassen, die Weiterbildung in „Medizinischer Genetik“ zu absolvieren. Des Weiteren ist es notwendig, daß die Zahl der Weiterbildungsstellen in Bayern erhöht wird und die vorhandene Weiterbildungs Kapazität in vollem Umfang ausgeschöpft wird.

Alle beteiligten Stellen und Institutionen werden aufgefordert, die hierfür notwendigen Schritte zu unternehmen, damit zukünftig den Hilfesuchenden eine ausreichende und qualifizierte medizinische Behandlung zuteil werden kann.

Tumornechsorge

Der Bayerische Ärztetag appelliert mit aller Intensität an die mit der Krebsnechsorge befaßten Kollegen, die Betreuung der Patientinnen mit Mamma- und Zervix-Korpuskarzinom nach Programmen vorzunehmen, die die Bayerische Landesärztekammer und die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Frauenheilkunde und dem Berufsverband für Frauenärzte erarbeitet haben.

Die bisherigen Nachsorgekalender wurden überarbeitet und liegen nun in einer neuen Fassung vor. Dadurch soll erreicht werden, daß für alle Patientinnen, die wegen ihrer Tumorerkrankung ärztlicher Hilfe bedürfen, eine programmierte Nechsorge gewährleistet wird, die den Erkenntnissen der medizinischen Forschung entspricht.

Besonderer Wert ist dabei auf die Dokumentation der vorgegebenen Untersuchungen zu legen. Mit Verwendung der Dokumentationsbögen und der Speicherung der Daten bei der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns wird die Anonymität der Patientinnen gewährleistet; die wissenschaftliche Auswertung der gewonnenen Daten ist möglich. Der dabei verwendete Nachsorgekalender soll eine Hilfe für die Patientinnen sein, um die notwendigen Untersuchungen einzuhalten.

Über die vorhandenen Nechsorgeprogramme hinaus soll für die übrigen Tumormformen ein weiteres Nachsorgeprogramm erarbeitet werden.

Psychiatrische Versorgung

Krankenhausärzte, niedergelassene Ärzte und die im öffentlichen Dienst tätigen Ärzte in Bayern werden aufgefordert, bei der Versorgung der psychisch Kranken noch intensiver zusammenzuwirken. Durch die Kooperation mit sozialen Diensten soll erreicht werden, daß die Möglichkeiten, psychisch Kranke in ihrem Umfeld zu betreuen, verbessert werden. Die Einschaltung des Nervenarztes soll dabei gewährleisten, daß die ärztliche Betreuung umfassend erfolgt.

Das Recht der psychisch Kranken auf freie Arztwahl und eine optimale Therapie sind zu gewährleisten, um eine ungleiche Behandlung gegenüber dem somatisch Kranken zu verhindern.

Insbesondere dem Hausarzt kommt bei der Betreuung des psychisch Kranken und als Anlaufstelle für alle Informationen besondere Bedeutung zu.

Die Kooperation mit Selbsthilfegruppen soll verstärkt werden, da durch sie eine wesentliche Bereicherung der therapeutischen Möglichkeiten erwachsen wird.

Auch psychisch Kranke haben im Rahmen des Möglichen innerhalb unserer Gesellschaft ihren Platz; das Mitwirken der Ärzte in den verschiedenen Funktionen ist dabei von entscheidender Bedeutung, um ihnen diesen Platz lebenswert zu machen.

Der Bayerische Ärztetag lehnt eine Sonderversorgung psychisch Kranker durch eigene Institutionen, getrennt vom bestehenden System der Krankenversorgung, ab. Eine Sonderbehandlung würde der mit Recht geforderten Gleichstellung psychisch Kranker mit somatisch Kranken widersprechen.

Pflegekräftemangel

Der 34. Bayerische Ärztetag dankt den Krankenschwestern und Pflegekräften der bayerischen Krankenhäuser und Kliniken für deren unermüdlichen und durch den Mangel an Pflegepersonal oft über ihre Kräfte gehenden Einsatz.

Nirgends ist es notwendiger als am Krankenbett, daß im Interesse der körperlichen und psychischen Heilung der Patienten alle Stellen der Pflegekräfte voll besetzt sind.

Der Bayerische Ärztetag bittet die Bayerische Staatsregierung, Maßnahmen zur

Behebung des Pflegepersonalmangels zu veranlassen.

Die Bayerische Staatsregierung wird aufgefordert, zur Behebung des Pflegekräftemangels zu veranlassen:

1. Vermehrung der Ausbildungsplätze für das Pflegepersonal durch Erweiterung der Kapazität bestehender Kranken- und Kinderkrankenpflegesschulen und Neueinrichtung von Krankenpflege- und Kinderkrankenpflegesschulen. Wegfall der Anrechnung von Kranken- und Kinderkrankenpflegeschülerinnen und -schülern auf den Stellenplan des Pflegebereiches.
2. Vermehrte Werbung für männliches Krankenpflege- und Kinderkrankenpflegepersonal.
3. Überprüfung der Lehrinhalte mit dem Ziel, der Ausbildung am Krankenbett einen höheren Stellenwert gegenüber dem theoretischen Unterricht einzuräumen als bisher.
4. Die Ausbildung im Nachtdienst, Sonn- und Feiertagsdienst obligatorisch im Lehrprogramm zu verankern.
5. Unkomplizierte Ermöglichung, daß Hauptschulebsolventen den Kranken- und Kinderkrankenpflegeberuf ergreifen können.

Mithilfe der Ärzte bei der Gestaltung von Altenhilfekursen, Kursen in häuslicher Krankenpflege und beim Aufbau von Nachbarschaftshilfekreisen

Der Anteil der hochbetagten Menschen mit 75 und mehr Jahren verdreifacht sich in Bayern von 1950 bis 1990. Er nimmt von 239 000 auf ca. 700 000 zu. Zwar stehen für die knapp 1,7 Millionen Bürger im Rentenalter derzeit 82 000 Heimplätze – davon 17 000 für Pflegefälle – zur Verfügung. Sie reichen aber in Zukunft nicht mehr aus.

Ein neuer Heimplatz kostet heute mindestens DM 100 000,—.

Pflege und Betreuung in der Familie und in der Nachbarschaft wird notwendiger als bisher. Dazu müssen Familienangehörige und freiwillige Helfer in der Nachbarschaft und in den Gemeinden mehr als bisher in Altenhilfekursen und Kursen häuslicher Krankenpflege ausgebildet werden.

Man wird in Stadt und Land viele Bürger gewinnen müssen, die sich für eine

eritative Tätigkeit zur Vertiefung stellen. Nur so kann das Schwergewicht allmählich von der stationären zur offenen Altenhilfe verlagert werden.

Der Bayerische Ärztetag ersucht die bayerischen Ärzte, bei der Ausbildung in häuslicher Krankenpflege und bei Altenhilfekursen tatkräftig mitzuwirken und beim Aufbau von freiwilligen Nachbarschaftshilfekreisen mitzuwirken.

Kindgerechte Gestaltung von Schulhöfen

Nach wie vor leidet ein Großteil der Schulhöfe (Pausenhöfe) an einer trostlosen Phantasiearmut, einförmiger Asphaltierung oder Betonierung.

Dabei bräuchten unsere Kinder, die zu einem großen Teil unter Bewegungsmangel und Pflanzschäden leiden, eine sinnvolle Pausengestaltung zur gesundheitlichen Kräftigung. Dazu sind unsere Pausenhöfe zu einer Untertierwelt geworden. 30 Prozent der Schulunfälle ereignen sich während der Pausen, 50 Prozent beim Schulsport, 13 Prozent auf dem Schulweg und 10 Prozent im Klassenzimmer. Obwohl die Zahl der Schüler sinkt, nehmen die gemeldeten Unfälle von 1979 auf 1980 um 13 Prozent zu (1980 116 579 Schulunfälle in Bayern, 1979 „nur“ 103 033).

Eine bessere kindgerechte Gestaltung der Schulhöfe könnte die Unfälle verhindern, dazu könnten sie mehr als bisher zum Spielen in der Freizeit und in den Ferien zur Verfügung stehen.

Der Bayerische Ärztetag ersucht die Kommunen und die Schulbehörden um bindende Verordnungen zur kindgerechten Gestaltung der Schulhöfe und zu ihrem Ausbau als öffentlich zugängliche Spielplätze in der Freizeit und in den Ferien.

Weiterbildungsstellen zum Arzt für Allgemeinmedizin

Um den zur Weiterbildung für den Arzt für Allgemeinmedizin bereiten Kollegen die freien Assistentenstellen an bayerischen Krankenhäusern bekenntzumachen, wird die Bayerische Landesärztekammer ersucht, halbjährlich bei allen bayerischen Krankenanstalten anzutragen, ob sie freie Assistentenstellen zur Weiterbildung haben. Dies gilt besonders für die Innere Medizin.

Die gemeldeten freien Stellen sollen bei der Bayerischen Landesärztekammer zu

ertreten sein bzw. von Zeit zu Zeit im „Bayerischen Ärzteblatt“ veröffentlicht werden.

Gleichzeitig sollen die betreffenden Kollegen aufgefordert werden, freierwerdende Stellen möglichst frühzeitig der Kammer mitzuteilen.

Weiterhin wird die Bayerische Landesärztekammer ersucht, wiederholt die Chefärzte und Belegärzte auf die Notwendigkeit von Weiterbildungsstätten für Allgemeinmedizin hinzuweisen.

Allgemeinmedizin

Die Resolution der Vereinigung der Hochschullehrer und Lehrbeauftragten für Allgemeinmedizin und der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin wird vom 34. Bayerischen Ärztetag zur Kenntnis genommen und vollinhaltlich unterstützt.

1. Die Bedeutung des Allgemeinarztes für die Versorgung der Bevölkerung ist allseits anerkannt. Deshalb ist eine Institutionalisierung des Bereiches der Allgemeinmedizin an der Hochschule zu seiner wirksamen Vertretung in Lehre und Forschung dringend erforderlich.
2. An jeder medizinischen Hochschule ist daher eine selbständige Institution für Allgemeinmedizin einzurichten.
3. Der Leiter dieser Einrichtung muß freipraktizierender Kassenarzt für Allgemeinmedizin sein.
4. Die Institution für Allgemeinmedizin an der Hochschule ist personell und sachlich entsprechend der Zahl der zu unterrichtenden Studenten auszustatten.

Psychotherapeutische Aus- und Weiterbildung

Die Bayerische Landesärztekammer wird aufgefordert, beim Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung und beim Bayerischen Staatsministerium der Finanzen darauf hinzuwirken, daß die Finanzierung anerkannter psychotherapeutischer Weiterbildungsstätten durch Weitergewährung von Zuschüssen sichergestellt bleibt.

Im Rahmen des Sicherstellungsauftrages ist es dringend notwendig, daß qualifizierte Psychotherapeuten weiterhin an einem von den entsprechenden Fachgesellschaften anerkannten Institut ihre Weiterbildung erhalten können.

Notfallmedizinische Fortbildung für alle Kollegen, die als Notärzte durch die KVB auf Notarztwagen eingesetzt werden

Der 34. Bayerische Ärztetag begrüßt die Initiative von Bayerischer Landesärztekammer und Kassenärztlicher Vereinigung Bayerns für eine intensive notfallmedizinische Fortbildung.

Damit wurde ein einheitliches „Bayerisches Fortbildungsprogramm für Notärzte“ beschlossen und eine dezentral durchgeführte, aber einheitliche Fortbildung aller am Notdienst beteiligten Ärzte sichergestellt. Ärztliche Bezirks- und Kreisverbände in Zusammenarbeit mit den Bezirksstellen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns führen vor Ort dieses Programm durch, wodurch flächendeckend in allen Teilen unseres Freistaates gleichermaßen ein hoher Stand des Notfallwissens der Ärzte gewährleistet ist. In diesem umfassenden Lehrprogramm sind sowohl die Einweisung in Ausstattung des Notarztwagens, praktische Übungen mit der vorhandenen apparativen Ausstattung, als auch unter Beteiligung aller Disziplinen der Medizin die ärztliche Erstversorgung bis hin zu praktischen Übungen zur Bergung Schwerverletzter enthalten.

Die Ärzte Bayerns wollen damit für jeden Bürger beim Notfall gewährleisten, daß er beim Eintreffen des Notarztwagens von einem besonders qualifizierten Arzt versorgt wird.

Der 34. Bayerische Ärztetag fordert alle am Notfalldienst beteiligten Ärzte auf, an dieser notfallmedizinischen Fortbildung ab Herbst 1981 teilzunehmen. Darüber hinaus sind alle Ärzte aufgefordert und eingeladen, diese Fortbildungsveranstaltungen zu besuchen.

Notfallmedizinische Fortbildung

Der 34. Bayerische Ärztetag begrüßt die Initiative von Bayerischer Landesärztekammer und Kassenärztlicher Vereinigung Bayerns für eine intensive notfallmedizinische Fortbildung.

Das „Bayerische Fortbildungsprogramm für Notärzte“ scheint eine wirkungsvolle Maßnahme zu sein, auch niedergelassene Kollegen zur Teilnahme am Rettungsdienst zu ermutigen, die bisher mit dem Hinweis auf fehlende Erfahrung und Ausbildung in der Notfallmedizin sich dem Rettungsdienst versagten.

Nur so bleibt die Häufigkeit der Dienste für den einzelnen Kollegen zumutbar.

Der Bayerische Ärztetag bittet die Kassenärzte, sich möglichst zahlreich am Rettungsdienst zu beteiligen.

Datenschutz im Krankenhaus

Der 34. Bayerische Ärztetag verfolgt mit Sorge Entwicklungen, die zu einer erheblichen Beeinträchtigung der Weitergabe medizinischer personenbezogener Daten zwischen Ärzten und zwischen Krankenhäusern führen. Der 34. Bayerische Ärztetag bittet das zuständige Ministerium für Arbeit und Sozialordnung als Verordnungsgeber, den Art. 13 Bayerisches Krankenhausgesetz so auszugestalten, daß die Erfordernisse eines schnellen Informationseustausches im Sinne einer optimalen Versorgung der Patienten gewährleistet bleiben. Als ein geeignetes Mittel dazu erscheint eine generelle Einwilligung in die Weitergabe von medizinischen Daten zum Zwecke der Behandlung bei Aufnahme ins Krankenhaus.

Mit Sorge verfolgt der 34. Bayerische Ärztetag Tendenzen, dem Patienten volle Einsicht in die Krankenblätter zu gewähren. Dem behandelnden Arzt soll die Möglichkeit erhalten bleiben, zu entscheiden, ob eine Information dem Patienten zumutbar bzw. schädlich ist oder nicht.

Kindergeld

Die bayerischen Ärzte bedauern, daß im Rahmen der sogenannten Kostendämpfungsmaßnahmen auch das Kindergeld für das zweite und dritte Kind gekürzt werden soll.

Es wäre wünschenswert, daß in einem Land, das einen bedrückenden Negativrekord der Geburtenrate aufweist, nicht durch solche Maßnahmen Kinderfeindlichkeit dokumentiert, die soziale Lage des Kindes verschlechtert und der Wille zum Kind durch eine Beeinträchtigung der wirtschaftlichen Lage der Familie gemindert wird.

Entwurf einer neuen Gebührenordnung

Der 34. Bayerische Ärztetag nimmt mit Befriedigung zur Kenntnis, daß das Präsidium des Deutschen Ärztetages, in dem sowohl die ärztlichen Körperschaften als auch alle maßgeblichen ärztlichen Verbände vertreten sind, den Entwurf einer neuen Amtlichen Gebührenordnung einstimmig abgelehnt hat.

Der Bayerische Ärztetag bittet zugleich die Bayerische Staatsregierung, im Bun-

desret nachdrücklich dafür einzutreten, daß dieser Entwurf einer Amtlichen Gebührenordnung von den Ländern abgelehnt wird.

Pflichtwehrdienst der Ärzte

Der Bayerische Ärztetag mißbilligt die Absicht neu niedergelassener junger Ärzte, die Furcht der Bevölkerung vor Unterversorgung mittels Presse und Fernsehen zu erregen, wenn sie berechtigterweise zur Ableistung ihres Wehrdienstes einberufen werden.

Personalsituation in der klinischen Pädiatrie

Der 34. Bayerische Ärztetag nimmt mit Bedauern zur Kenntnis, daß eine Entschließung des 33. Bayerischen Ärztetages, in der eine bessere Berücksichtigung des medizinischen Fortschritts und der sich hieraus ergebenden Anforderungen hinsichtlich personeller Ausstattung im ärztlichen und pflegerischen Bereich gefordert wurden, kein wirkungsvolles Echo fand. In besonderer Weise sind von der derzeitigen Handhabung Kinderkrankenhäuser und -abteilungen betroffen. Bei gleichbleibenden oder ansteigenden Patientenzahlen hat die ständig absinkende, der besonderen Situation des Kindes entsprechende Verweildauer die Belegungszahlen der Kinderkrankenhäuser und -abteilungen in gleichem Maße absinken lassen. Dies führt dazu, daß die sach- und fachgerechte Betreuung mit einem auf der Basis dieser Belegungszahlen errechneten Personalstand gefährdet ist.

Es besteht daher unvermindert die dringende Notwendigkeit, die personelle Ausstattung im Bereich der klinischen Pädiatrie den tatsächlich erbrachten Leistungen anzupassen.

Impfungen gegen Röteln und Poliomyelitis

Nachdem die Impfungen gegen Röteln und Poliomyelitis nun vom öffentlichen Gesundheitsdienst in den Bereich der kassenärztlichen Versorgung verlagert sind, droht durch eine mögliche Verminderung der entsprechenden Aufklärungsarbeit eine geringere Impfbereitschaft der Bevölkerung.

Der 34. Bayerische Ärztetag fordert die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns und alle beteiligten Institutionen auf, die bisherige Aufklärungsarbeit weiterzuführen.

Tumornachsorge in Bayern

Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

die Bayerische Landesärztekammer und die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns haben 1978 Programme für die ambulante ärztliche Betreuung von Patientinnen mit Korpus-, Kollum- und Mammakarzinom eingeführt. Nach einer mehrjährigen Erprobungsphase wurden die Programme inhaltlich überarbeitet und aufgrund gesammelter Erfahrungen auch vereinfacht. Die neuen Dokumentationsbögen und Nachsorgekalender sind nunmehr fertiggestellt und können den fachlich zuständigen Ärzten übergeben werden.

Der 34. Bayerische Ärztetag in Lindau hat an alle fachlich zuständigen Ärzte den Aufruf gerichtet, die ärztliche Betreuung nach den neuen Programmen nunmehr intensiv in Angriff zu nehmen und durchzuführen. Es muß angestrebt werden, daß die vorgesehenen Nachsorgeprogramme nunmehr bei jeder Patientin mit einer einschlägigen Erkrankung lückenlos durchgeführt werden. Als fachlich zuständig sehen wir Frauenärzte und frauenärztlich erfahrene Allgemein- bzw. praktische Ärzte an. Sie benötigen zur Durchführung der notwendigen Untersuchungen natürlich die Hilfe von Ärzten anderer Gebiete, welche die vorgesehenen radiologischen, nuklearmedizinischen oder Laboruntersuchungen durchführen.

Wir bitten Sie, die anonymisierten Durchschläge der Dokumentationsbögen zusammen mit der Quartalsabrechnung an Ihre Bezirksstelle einzureichen. Registernummer des Nachsorgeterminkalenders bitte nicht vergessen! Nur auf diese Weise ist es möglich, die Untersuchungsergebnisse fortlaufend zu speichern und der wissenschaftlichen Auswertung zuzuführen. Auf die ausführliche Anleitung zum Ausfüllen der Dokumentationsbögen sei an dieser Stelle lediglich verwiesen. Für eventuelle Rückfragen sollten Sie sich selbst ein Verzeichnis Ihrer Patientin mit der jeweiligen Registernummer anlegen. Eine Dokumentation ist im Interesse einer immer besseren Tumorthherapie unbedingt erforderlich!

Die Dokumentationsbögen und Nachsorgekalender können bei der Zentralen EDV der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, Arabellastraße 30/XII, 8000 München 81, angefordert werden.

Über die einschlägigen Abrechnungsbestimmungen wurden die bayerischen Kassenärzte durch ein Sonderrundschreiben unterrichtet.

Verschiedentlich wurde bereits darauf hingewiesen, daß für fachliche Fragen das eigens eingerichtete Telefonische Tumorkonsil in München (Klinikum Großhadern, Telefon [0 89] 70 95-1) und in Erlangen ([09 11] 3 98 28 06) zur Verfügung steht.

Selbstverständlich gilt auch bei der Krebsnachsorge die Maxime des sogenannten Bayern-Vertrages: „soviel ambulant wie möglich, und soviel stationär wie nötig“. Gerade der krebskranke Patient hat Anspruch darauf, daß auch das Umfeld bei den notwendigen medizinischen Maßnahmen seinen spezifischen Erfordernissen entspricht. Für diejenigen Patienten, bei denen eine stationäre onkologische Nachsorge erforderlich ist, sollte die Überweisung in die Gynäkologisch-onkologische Klinik Bad Trissl, Oberaudorf, und die Schloßbergklinik in Oberstaufen erwogen werden. Beide Kliniken sind dem Tumorzentrum München angeschlossen und garantieren eine qualifizierte onkologische Versorgung. Die Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Krebserkennung und Krebsbekämpfung in Bayern hat es übernommen, die medizinische Indikation zur Nachsorge in den zwei bayerischen Nachsorgekliniken zu stellen. Neben einer sogenannten Akutphase der nachsorgenden onkologischen Diagnostik und Therapie findet in der Regel während einer Erholungsphase in der Klinik eine gezielte Rehabilitation der Patienten statt. Durch die Einschaltung der Arbeitsgemeinschaft werden die Probleme der unterschiedlichen Kostenträger gelöst. Auch und gerade die Diskussion um die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen zwingt dazu, die vorhandenen Möglichkeiten unter wirtschaftlichen Kriterien für unsere Patienten auszuschöpfen.

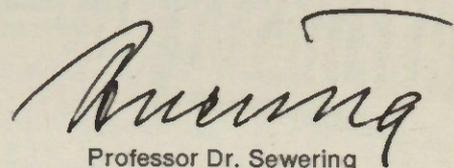
Nicht die Schaffung zusätzlicher Organisationsformen, wie dies mit den sogenannten „onkologischen Arbeitsgemeinschaften“ beabsichtigt ist, garantiert eine optimale Behandlung unserer krebskranken Patienten, sondern das intensive Zusammenwirken aller Beteiligten.

Unser Ziel muß es sein, eine lückenlose Tumornachsorge – zunächst für die vorgesehenen Tumorformen – zu erreichen. Eine Erweiterung auf weitere Tumorformen ist vorgesehen.

Wir bitten alle bayerischen Ärzte, welche fachlich für diese Aufgaben in Frage kommen, um ihre intensive Mitarbeit.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr



Professor Dr. Sewering

30. Deutscher Kongreß für ärztliche Fortbildung in Berlin

In seiner *Eröffnungsansprache* zu der Großveranstaltung im ICC Berlin, die wiederum zugleich Deutscher zahnärztlicher Fortbildungskongreß sowie Fortbildungskongreß für Krankenschwestern und Krankenpfleger war, machte Kongreßpräsident Professor G. Schettler, Heidelberg, einige Anmerkungen zu der ebenso unbefriedigenden wie prekären *Situation des ärztlichen Nachwuchses*. Er ging davon aus, daß bei der jetzigen Zulassungspraxis pro Jahr etwa 12 000 bis 13 000 junge Mediziner die Approbation erhalten werden, daß aber für sie pro Jahr maximal 6000 bis 7000 Assistentenstellen in den Krankenhäusern zur Verfügung stehen. Ein Teil der jungen Ärzte werde die Laufbahn eines beamteten Arztes anstreben, andere werden in die Forschung oder in die Industrie gehen, für eine große Zahl junger Mediziner werde es jedoch keine Weiterbildungschancen geben. Die Tatsache, daß nach den heute bestehenden Regelungen jeder Arzt die Möglichkeit hat, sich sofort nach dem Staatsexamen und ohne jede weitere Ausbildung in der Praxis niederzulassen, veranlaßte Professor Schettler zu der Bemerkung: „Ich weiß nicht, wer einem in diesem Fall mehr leid tun soll – der junge Arzt oder der von ihm betreute Patient.“

Die von den Vätern der neuen Approbationsordnung gehegte Vorstellung, wonach der die Hochschule verlassende Arzt in der Lage sein soll, in der Praxis eigenverantwortlich ärztlich tätig zu sein, sei eine, wie Professor Lasch dies formulierte hat, „fromme, für unsere Kranken sogar lebensgefährliche Illusion“. Daran

würden auch die bisherigen Korrekturen am Ausbildungsweg und Prüfungssystem nichts ändern. Schettler vertrat die Auffassung, daß mit der Aufstellung von Lernzielkatalogen durch die Fachgesellschaften ein falscher Weg beschritten wurde, denn in diesen Lernzielkatalogen seien überwiegend Dinge enthalten, die für den Arzt in der Weiterbildung zu Spezialisten wichtig sein können, jedoch für denjenigen, der sich später niederlassen möchte, nur unnötigen Ballast darstellen.

Außerdem gelte es zu bedenken, daß Universitätskliniken und Institute nicht in der Lage sind, das Wissen für die tägliche Praxis zu vermitteln. Deshalb sei es dringend notwendig, hierzu Weiterbildungsfakultäten einzurichten, welche diese Aufgaben wahrnehmen. Schettler plädierte dafür, daß die Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung sowie niedergelassene Allgemeinärzte unter Beiziehung niedergelassener Fachärzte das Gros solcher Fakultäten stellen sollten. Nach Ansicht der Kassenärztlichen Vereinigung sei es durchaus möglich, die Kosten zur Durchführung solcher Projekte aufzubringen.

Zu dem breit gefächerten wissenschaftlichen Programm des Berliner Kongresses gehörte u. a. eine Vortragsreihe mit dem Thema „Lerneffekte bei unerwünschten Arzneimittelwirkungen“, wozu Professor W. Schneider, Tübingen, als Dermatologe einen Beitrag lieferte. Er berichtete über den **möglichen therapeutischen Gewinn aus der Beobachtung dermatologischer Nebenwirkungen** und erwähnte, daß es einige Korti-

koidnebenwirkungen gibt, denen sich durchaus positive Seiten abgewinnen lassen. Unerwünscht ist auf der einen Seite die den Steroiden eigene Hemmung der epidermalen und mesenchymalen Proliferation, die zur atrophischen „Steroidhaut“ führt. Auch die umschriebene Fettgewebsatrophie, die Hypertrichosie sowie die Begünstigung des mikrobiellen und insbesondere des mykotischen Wachstums gelten als negative Auswirkungen einer Kortikoidmedikation. Hingegen bringt die antimesenchymale Steroidwirkung in der Unterspritzungstherapie der Keiloide durchaus Gewinn. Die Injektionen sollten jedoch abgebrochen werden, wenn sich die Keioidoberfläche dem Hautniveau nähert, weil sonst aus der Hypertrophie eine Atrophie wird. Wie Professor Schneider weiter ausführte, hat sich die haarwuchssteigernde Wirkung der Kortikoide, insbesondere bei der Alopecia areata, durchaus bewährt. Auffallend ist hierbei, daß die auf lokale Injektion nachgewachsenen Haare nicht wie im Spontanfall zunächst unpigmentiert, sondern von Anfang an pigmentiert sind.

Als weiteres Beispiel für eine positive Nebenwirkung erwähnte der Vortragende, daß die heute vorherrschende Therapie des Lichen ruber mit Isonikotinsäurehydrazid auf Beobachtungen bei der Tuberkulose-therapie zurückgeht, und daß mit diesem Mittel auch Schleimhautherde erfaßt werden können. Dies sollte auch in der „Roten Liste“ sowie in den Gebrauchsinformationen erwähnt werden, damit Patienten mit Lichen ruber nach dem Studium des Beipackzettels nicht durch die Vermutung geängstigt werden, ihr Arzt habe ihnen dieses Mittel wegen einer Tuberkulose verschrieben.

In seinem Vortrag über die **Frühdiegnose des Pankreaskarzinoms** machte Professor W. Rösch, Frank-



RECORSAN-HERZSALBE

Das älteste, percutane Kardiskum, seit 5 Jahrzehnten bewährt, dabei in Wirkung und Anwendung stets weiterentwickelt und verbessert.

Cor: nervos., coronare und periphere Durchblutungsstörungen, pectanginöses Beschwerden, Segmenttherapie.

In 100 g Salbe: Extr. Crataeg. 2,2g.-Valerian. 1,7g. Tinct. Corvall. 0,8g.

-Castor. 0,6g. Camph. 1,0g. Menthol. 0,5g. Nicotin. 0,155g. O.P. 30g DM 6,14

Recorsan-Gesellschaft Gräfelfing

furt, deutlich, daß die Situation auf diesem Gebiet nach wie vor unbefriedigend ist. Alle Versuche, durch Bestimmung eines onkofetalen pankreatischen Antigens bzw. mit Hilfe spezifischer Leukozytenadhäsions-Tests zu einer Krebsfrühdiagnose zu gelangen, haben ebenso wenig überzeugen können wie die Bestimmung von CEA und anderen Tumormarkern im Pankreassekret.

In den vergangenen Jahren sind in mehreren zum Teil prospektiv angelegten Studien neuere Untersuchungsverfahren wie Sonographie, Computertomographie, endoskopisch-retrograde Cholangio-Pankreatikographie (= ERCP), Szintigraphie, Angiographie, Zytologie und Tumorassays miteinander verglichen worden. Wenn die ursprünglich eher pessimistische Beurteilung der Computertomographie inzwischen einer gewissen Euphorie gewichen ist, so ist diese nach Ansicht von Professor Rösch unbegründet. So konnten Professor Klapdor und Mitarbeiter bei 18 Patienten mit gesichertem Pankreaskarzinom in 16 Fällen mit Hilfe der ERCP eine Tumordiagnose stellen. Hingegen schwankte die diagnostische Treffsicherheit der Sonographie, der CT und der Angiographie zwischen 50 und 66 Prozent.

Angesichts der schlechten Prognose des Pankreaskarzinoms (nach einem Jahr leben nur noch elf Prozent, nach drei Jahren praktisch niemand mehr) müssen alle Bemühungen um eine Frühdiagnose problematisch erscheinen. Denn das Leitsymptom des retroperitoneal gelegenen Tumors, nämlich progressiv zunehmende Rückenschmerzen und Gewichtsverlust, stellt offensichtlich ein Spätsymptom dar. Selbst bei lo-

kaler Operabilität beträgt die Rezidivquote 50 Prozent. In einer neueren Arbeit gehen Mallison und Mitarbeiter sogar von einer mikroskopischen Tumorausbreitung in 99 Prozent aller Fälle aus und stellen deshalb jegliches operatives Vorgehen in Frage.

Die **Betreuung und Behandlung von magenoperierten Patienten** war das Thema von Professor W. Dölle, Tübingen, der darauf hinwies, daß nicht nur bei unklaren gastrointestinalen Beschwerden, sondern auch bei Kreislaufstörungen, Muskel- und Knochenschmerzen, bei Anämie und Gewichtsverlust an einen Zusammenhang mit einer vorausgegangenen Magenoperation gedacht werden sollte. Das zeitliche Intervall zwischen der Operation und dem Auftreten von Beschwerden kann Jahre, mitunter sogar Jahrzehnte betragen. Sofern dies nicht berücksichtigt wird, sind Fehldiagnosen und therapeutische Mißerfolge kaum zu vermeiden.

Zur Behandlung des Dumping-Syndroms, welches nach Vagotomie seltener auftritt als nach partieller oder totaler Gastrektomie, werden häufige kleine Mahlzeiten empfohlen, die Flüssigkeitszufuhr sollte eingeschränkt und der Konsum von Zucker und Milch reduziert werden. Die medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten beim Dumping-Syndrom sind hingegen eingeschränkt. Kommt es zu galligem Erbrechen, so kann man versuchen, die Gallensäuren mit Aluminium- und Magnesium-haltigen Antazida zu binden. Weitere therapeutische Maßnahmen bestehen darin, die Motorik der Magenentleerung z. B. mit Domperidon (Motilium®) oder mit Metoclopramid (Paspertin®) anzuregen. Nach Professor Dölles Ansicht ist es zwar lo-

gisch, eine Substanz zu geben, welche Gallensäuren bindet, doch müsse Cholestyramin mit einem Fragezeichen versehen werden, weil seine Vorteile bei dieser Indikation keineswegs erwiesen seien.

Bei fast der Hälfte der magenresezierten Patienten läßt sich ein latenter Eisenmangel nachweisen, während ein Mangel an Vitamin B₁₂ und Folsäure wesentlich seltener vorkommt. Für die Maldigestion nach partieller Magenresektion werden mehrere Ursachen verantwortlich gemacht, nämlich Verminderung des Magenreservoirs, verminderte Stimulation von Pankreas und Leber, Verlust an resorbierender Darmfläche sowie eine zeitliche Dyskoordination der Magenentleerung und der Sekretion von Pankreassaft und Galle. Bei Untergewicht sollte zunächst geprüft werden, ob sich der Patient unterkalorisch ernährt, außerdem muß nach Erbrechen und Diarrhöen sowie nach Steatorrhöe gefragt werden. Bei Unverträglichkeit von Milch gilt es zu prüfen, ob ein Laktasemangel vorliegt, der eine häufige Ursache für Durchfälle darstellt, und zwar nicht nur bei magenoperierten Patienten. Zur Osteoporose wurde gesagt, daß der normale Alterungsprozeß des Knochenskeletts bei magenoperierten Patienten etwa 10 bis 20 Jahre früher einsetzt.

Im Rahmen einer Vortragsreihe über Themen aus der klinischen Pharmakologie machte Professor K. Miehke, Wiesbaden, einige **Anmerkungen zu den nicht-steroidalen Antirheumatika**. Er bezeichnete die Präparate der Phenylbutazon-Gruppe als besonders wirksam bei akuten Entzündungszuständen. Dennoch sollte eine Langzeittherapie mit Phenylbutazon vermieden werden, weil hier-

preisgünstig!
Tageskosten DM 0,76

Zusammensetzung: Monalazon-Dinatrium 10,00 mg, Estradiolbenzoat 0,125 mg. Anwendungsgebiet: Fluor vaginalis, Gegenanzeigen: Vorliegen von Oestrogen-abhängigen Tumoren, Nebenwirkungen: Malun 25 kann bei höherer Dosierung in Ausnahmefällen zu Zyklusstörungen oder erneutem Auftreten von Blutungen nach den Wechseljahren führen. Packungsgröße/Preis: 12 Vaginaltabletten DM 9,10.

TEMLER-WERKE
MARBURG

Fluor vaginalis



Malun[®] 25

bei einige nicht unerhebliche Nebenwirkungen auftreten können, nämlich Kochsalz- und Wasserretention, Gastritis bis zum Ulkus sowie Knochenmarksdepression. Bei dem zur Gruppe der Arylessigsäure-Derivate gehörenden Indometacin (Amuno®) sind Blutbildungsstörungen kaum zu erwarten, doch treten unter diesem Antirheumatikum zentralnervöse Störungen, wie Kopfschmerzen, Schwindel und Benommenheit, auf, wodurch die Fahrtüchtigkeit beeinträchtigt werden kann. Frei von solchen zentralnervösen Nebenwirkungen bei annähernd gleicher Effektivität ist das Declofenac (Voltaren®). Bei dem neuen Acemetacin (Rantudil®) handelt es sich um eine Weiterentwicklung des Indometacin, dem eine bessere Magenverträglichkeit zugeschrieben wird.

Aus naheliegenden Gründen haben Retardzubereitungen der nicht-steroidalen Antirheumatika, bei denen eine einmalige Medikation pro Tag genügt, zunehmendes Interesse gefunden. Bei Präparaten mit kurzer Halbwertszeit kann man eine länger dauernde Wirkung dadurch erreichen, daß man sie in eine mikrokristalline Form bringt oder verkapselt. Hierbei können jedoch relativ schnell wechselnde Plasmaspiegel auftreten, manchmal bleibt ein solches Präparat auch lange am Ort liegen und kann zu lokalen Reizzuständen führen. Vorteilhaft wirkt sich aus, daß beim Auftreten von allergischen Reaktionen das Allergen schnell durch ein kräftiges Laxans aus dem Darm eliminiert werden kann. Ein anderer Weg zur Erzielung eines Retardeffekts besteht darin, daß man in der Retorte ein Präparat „züchtet“, das von vorneherein eine lange biologische Halbwertszeit aufweist, wie dies bei Piroxicam (Felden®) und auch bei Benoxapfen (Coxigon®) der Fall ist. Diese Mittel führen zu gleichmäßigen Plasmaspiegeln, man kommt mit einer Dosis pro Tag aus. Obwohl sie lange und eingehend geprüft wurden, hält es Professor Mielke nicht für ausgeschlossen, daß sie dennoch einmal zu einer schweren Allergie führen können, z. B. zu einem Lyell-Syndrom. In einem solchen Fall würde sich ein Medikament, welches 36 Stunden oder länger im Plasma verweilt und nicht schnell eliminiert werden kann, als nachteilig, eventuell sogar als gefährlich erweisen.

Zu den Vorträgen über die Behandlung der Herzinsuffizienz gehörte ein Beitrag von Privatdozent Dr. E. Erdmann, München, der sich mit der Frage auseinandersetzte, **ob eine Therapie mit Herzglykosiden immer lebenslang notwendig ist.** Er ging davon aus, daß Patienten mit chronisch manifester Herzinsuffizienz und nachgewiesener günstiger therapeutischer Wirksamkeit von Digitalis weiterhin Herzglykoside einnehmen sollten, wobei es vielfach erforderlich ist, daß sie noch zusätzlich andere Pharmaka, wie Diuretika oder Vasodilatoren, erhalten. Bei der Mehrzahl der digitalisierten Patienten mit Sinusrhythmus sei die Situation aber so, daß sie früher einmal eine Herzinsuffizienz gehabt haben, ohne im Augenblick der Untersuchung noch Hinweise dafür zu bieten. In solchen Fällen sei ein Absetzversuch nicht nur gerechtfertigt, sondern angesichts der nicht unerheblichen Nebenwirkungen einer Glykosidtherapie sogar angezeigt. Nach den vorliegenden Untersuchungsergebnissen kommt es beim Absetzen der Digitalistherapie nur bei einem geringen Teil der Patienten zum Auftreten von Dekompensationserscheinungen, der Mehrzahl von ihnen kann man damit das nicht benötigte und potentiell gefährliche Medikament ersparen.

Während der anschließenden **Diskussion** ging es u. a. um das Für und Wider einer präoperativen Digitalisierung:

Dr. Erdmann plädierte dafür, auf Herzglykoside zu verzichten, wenn nach genauer klinischer Untersu-

chung des Patienten, wozu auch das Röntgenbild gehört, keine Hinweise für eine Herzinsuffizienz oder eine Belastungsinsuffizienz vorliegen.

Professor H. J. Just, Freiburg, gab zu bedenken, daß mit einer präoperativen Digitalisierung nicht nur eine Insuffizienz verhütet, sondern auch das Auftreten von supraventrikulären Arrhythmien verhindert werden soll.

Professor N. Rietbrock, Frankfurt, meinte hierzu, daß man zur Verhinderung von Arrhythmien nicht auf Digitalis angewiesen ist und daß dies auch mit Verapamil erreicht werden könnte. Professor Just widersprach diesem Vorschlag mit der Begründung, daß Verapamil – jedenfalls für diese Indikation – nicht geeignet sei. Wenn präoperativ eine antiarrhythmische Wirkung angestrebt wird, kämen eher Chinidin oder Disopyramid (Rythmodil®) in Betracht.

Dr. Erdmann gab zu bedenken, daß es wahrscheinlich besser sei, den Elektrolythaushalt und die Volumenregulation des operierten Patienten sorgsam zu beobachten, als aus einem Grund, den man so genau gar nicht kennt, Herzglykoside zu geben. Wenn man sich vergegenwärtigt, wo Digitalis angreift, dann müsse man skeptisch sein, ob man mit einem Herzglykosid – schon gar, wenn die Behandlung erst ein oder zwei Tage vor der Operation begonnen wird – außer Rhythmusstörungen etwas anderes hervorruft.

Referent:

Dr. med. D. Müller-Plettenberg, Herzkamper Straße 1e, 5600 Wuppertal 2

Weihnachtsmarken



Weihnachtsmarken 1981



Weihnachtsmarken 1981



Wohlfahrtsbriefmarken sind schön und helfen

Personalia

Professor Sewering weiterhin im Bayerischen Senat

Die Organisationen der Freien Berufe in Bayern wählten Professor Dr. med. Hans J. Sewering erneut einstimmig als Vertreter der Gruppe der Freien Berufe für die nächsten sechs Jahre in den Bayerischen Senat.

Wiederwahl von H. Braun im HB

Auf der Hauptversammlung des Hartmannbundes – Verband der Ärzte Deutschlands – in Baden-Baden wurde am 23. Oktober 1981 Dr. med. Hermann Braun, Talstraße 5, 8411 Nittendorf, mit überwiegender Stimmenmehrheit wiederum zum 1. stellvertretenden Vorsitzenden des Hartmannbundes gewählt.

Bundesverdienstkreuz 1. Klasse

Dr. med. Victor Harth, Internist, Hainstraße 9, 8600 Bamberg, wurde mit dem Verdienstkreuz 1. Klasse des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland ausgezeichnet.

Bundesverdienstkreuz am Bande

Mit dem Verdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland wurden ausgezeichnet:

Dr. med. Hermann Baierl, Leitender Medizinaldirektor i. R., Tachauer Straße 16, 8593 Tirschenreuth;

Professor Dr. med., Dr. med. h. c. Heinz Goerke, Ärztlicher Direktor der Universität München im Klinikum Großhadern und Vorstand des Instituts für Geschichte der Medizin der Universität München, Sträuberstraße 11, 8000 München 71;

Medizinaldirektor Dr. med. Hans Herrmannsdorfer, Anstaltsarzt der Justizvollzugsanstalt, 8602 Ebrach;

Dr. med. Johann Keller, Allgemein- arzt, Blumenstraße 2, 8999 Heimen- kirch;

Dozent Dr. med. habil. Hermann Koschitz-Kosic, Chirurg, Coburger Straße 29, 8632 Neustadt;

Dr. med. Josef Lippert, Chirurg, Freitagstraße 12, 8720 Schweinfurt.

Nachfolger von Ministerial- dirigent Dr. Kläb

Ab 1. Oktober 1981 hat der Baye- rische Staatsminister für Arbeit und Sozialordnung Dr. Fritz Pirkl den Leitenden Ministerialrat Dr. med. Richard Ecknigk mit der Leitung der Abteilung Gesundheitswesen beauf- tragt, den Leitenden Ministerialrat Dr. jur. Hermann Miesbach mit der Leitung der Abteilung Krankenhaus- wesen (gemeinsame Anschrift: Heß- straße 89, 8000 München 40).

TIEFENWIRKUNG

hyperämisiertes Antirheumatikum
zur percutanen Schmerz-Therapie

bei rheumatischen Beschwerden, Lumbago, Neuralgien,
Prellungen und Verstauchungen, Schmerzen an Muskeln,
Sehnen und Gelenken

mit dem
Vorzug der
besonderen
Wirtschaftlichkeit
100 ml
DM 8,94

Marament[®] Balsam N

Indikationen:

Bei rheumatischen Beschwerden,
Lumbago, Neuralgien, Prellungen
und Verstauchungen, Schmerzen
an Muskeln, Sehnen und Gelenken.

Gegenanzeigen:

Bei Schwangeren, Säuglingen
und Kleinkindern Langzeit-

behandlung auf großen Flächen
vermeiden; ebenso bei vor-
geschädigter Niere.

Zusammensetzung:

100 g enthalten: 2,5 g Campher,
1,0 g Methylsalicylat,
0,15 g Nicotinsäurebenzylester,
30,0 g Isopropanol,
2,0 g Kiefernadelöl.

Packungen/Preise lt. AT. m. MwSt.:

O.P. Flasche mit 100 ml DM 8,94
O.P. Flasche mit 250 ml DM 18,27

WIDER



Dr. Wider GmbH & Co 7250 Leonberg



Bergmann-Plakette für Dr. Brückl

Anläßlich einer Informationstagung der Mitglieder der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns am 7. November 1981 im Ärztehaus Bayern in München überreichte Professor Dr. Sewering Dr. Bernhard Brückl, Ludwigstraße 11, 8700 Würzburg, die ihm vom Vorstand der Bundesärztekammer verliehene Ernst-von-Bergmann-Plakette.

Kollege Brückl ist seit Februar 1959 mit der Leitung der Fortbildung im Ärztlichen Kreisverband Würzburg und im Bezirksverband Unterfranken betraut. Unter seiner Leitung werden jährlich durchschnittlich zehn Veranstaltungen durchgeführt in enger Verbindung mit der Medizinischen Fakultät der Universität Würzburg, wobei die Teilnehmerzahl meist mehr als 300 Ärzte umfaßt. Seit 1971 ist Kollege Brückl, ein engagierter Allgemeinarzt, als Lehrbeauftragter für Allgemeinmedizin tätig. Als akademischer Lehrer hatte er es seit zehn Jahren — insbesondere auch in den schwierigen Anfangsjahren — verstanden, den Studenten in Praxis und Lehre die Allgemeinmedizin nahezubringen und diesem Gebiet der Medizin und der Medizinischen Fakultät der Würzburger Universität den ihm gebührenden Platz einzuräumen. Seit 1974 ist Dr. Brückl Mitglied der Bayerischen Akademie für Ärztliche Fortbildung der Bayerischen Landesärztekammer, in der er durch seine Mitarbeit immer wieder die Belange der Allgemeinmedizin vertritt. Pflichtbewußt und mit großem ärztlichen Sachverstand hat er sich in der Kollegenschaft Respekt und Vertrauen erworben und sich in besonderem Maße um die ärztliche Fortbildung verdient gemacht.

in memoriam

Franz von Prümmer †

Der Vorsitzende des Ausschusses für Sozial-, Gesundheits- und Familienpolitik des Bayerischen Landtags, Abgeordneter Franz von Prümmer, in dieser Legislaturperiode auch Vorsitzender des Bayerischen Landesgesundheitsrates, ist am 6. November 1981 plötzlich und unerwartet verstorben.

Ärzte helfen Ärzten

Weihnachtsaufruf der ärztlichen, zahn- und tierärztlichen Organisationen

Sehr verehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

In jetzt 27 Jahren ist es zur Tradition geworden, daß wir Sie zu einer Weihnachtsspende für unsere Kollegenkinder ertruten, die von der Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“ betreut werden. Auch in diesem Jahresende sind dies über 900 Halb- und Vollwaisen aus der Bundesrepublik und Westberlin und junge Menschen aus der DDR, denen Ihre Eltern nicht helfen können. Sie befinden sich hier in Ausbildung zu dem von ihnen gewünschten Beruf und müssen von dem Leben, was sie an öffentlicher Unterstützung bekommen können. Zu Beginn und am Ende des Studiums gibt es diese aber nicht, und auch sonst reichen diese Mittel für die notwendigsten Anschaffungen, z. B. von Kleidung, Büchern und Ausbildungsmaterial, nicht aus. Die Belastung ist vor allem in den Monaten der Vorbereitung zu den Zwischen- und Endexamina besonders groß, da Nebenverdienste entfallen. Im vergangenen Jahr war es notwendig, an die Schützlinge der Stiftung DM 659 853,— in einmaligen und monatlich lautenden Unterstützungsbeträgen auszuschütten.

Deshalb sind die Mitarbeiter der Stiftung froh, wenn mit Hilfe der ca. 3000 Dauerspender für einen bestimmten Zeitraum, z. B. für ein ganzes Semester, eine Unterstützungszusage gegeben werden kann. Aber auch einmalige Zuwendungen wie Ihre Weihnachtsspende, auf die wir so zuversichtlich hatten, bedeutet eine ganz wichtige Hilfe, für die wir genauso herzlich danken möchten.

Überall auf der Welt gibt es Kinder und Familien in Not. Schließen Sie in Ihre Hilfsbereitschaft auch die Kinder aus unseren Kollegentamilien mit ein. Sie haben es durch die auch für sie steigenden Lebenshaltungskosten und die Kürzung der staatlichen Beihilfen zunehmend schwerer. Von der Dankbarkeit dieser jungen Menschen, die sich besonders ausdrückt in gewissenhafter und fleißiger Arbeit, kann die Stiftung beredetes Zeugnis ablegen!

Machen Sie sich deshalb auch dieses Jahr zu Weihnachten selbst ein Geschenk: Helfen Sie, wo Hilfe not tut und wo Dankbarkeit junger Menschen die Antwort ist!

Mit treudlichen kollegialen Grüßen

Dr. Vilmar
Präsident der Bundesärztekammer
und des Deutschen Ärztetages

Dr. Muschallik
1. Vorsitzender der Kassenärztlichen
Bundesvereinigung

Professor Dr. Bourmer
Vorsitzender des Hartmannbundes —
Verband der Ärzte Deutschlands e. V.

Dr. Hoppe
1. Vorsitzender des Marburger Bundes —
Verband der angestellten und beamteten
Ärzte Deutschlands e. V., Bundesverband

Dr. Roos
Bundesvorsitzender des Verbandes der
niedergelassenen Ärzte Deutschlands
(NAV) e. V.

Freu Dr. Heuser-Schreiber
Präsidentin des Deutschen Ärztinnen-
bundes e. V.

Dr. Walther
Vorsitzender des Deutschen
Kassenarztverbandes

Dr. Klotz
Vorsitzender des BPA
Verband Deutscher Hausärzte e. V.

Dr. Schüller
Präsident der Gemeinschaft fachärzt-
licher Berufsverbände (GFB)

Professor Dr. Dr. Hottmann
Präsident des Verbandes der leitenden
Krankenhausärzte Deutschlands e. V.

Medizinaldirektor Dr. Schmidt
Vorsitzender des Bundesverbandes der
Ärzte des Öffentlichen Gesundheits-
dienstes e. V.

Dr. Sebastian
Präsident des Bundesverbandes
der Deutschen Zahnärzte e. V.

Zahnarzt Herrmann
Bundesvorsitzender des Freien
Verbandes Deutscher Zahnärzte e. V.

Dr. Rupprecht
Präsident der Deutschen
Tierärzteschaft e. V.

Für Ihre Überweisung stehen Ihnen folgende Konten der Stiftung zur Verfügung:

Dresdner Bank Stuttgart Nr. 122238700 (BLZ 600 80000), Deutsche Apotheker- und Ärztekasse Stuttgart Nr. 00 919 190 (BLZ 600 90609), Landessparkasse-Girokasse Stuttgart Nr. 1268267 (BLZ 600 50101), Postscheckkonto Stuttgart Nr. 41533-701 (BLZ 600 10070)

Neu

vom Benzbromaron-Entdecker Labaz



[®] **uricovac m mite**

**Die Therapie
von Hyperurikämie und Gicht ist
patientengerechter geworden**

Zusammensetzung: 1 Tablette enthält 40 mg Benzbromaron mikronisiert. **Anwendungsgebiete:** Erhöhung der Harnsäure im Blut aus verschiedenen Ursachen - Primäre Erhöhung der Harnsäure, wie z. B. ● verminderte Harnsäureausscheidung (renale Genese) ● ohne oder mit chronischer Gelenkbeteiligung (Gicht) ● unbekannte Ursache (idiopathisch) - Sekundäre Erhöhung der Harnsäure, wie z. B. ● infolge Therapie mit harntreibenden Mitteln (Diuretika) ● bei bestimmten Blutkrankheiten ● bei erhöhtem Eiweißabbau infolge medikamentöser Tumor- oder Strahlenbehandlung.

Gegenanzeigen: Das Arzneimittel soll nicht angewendet werden bei mittelschweren bis schweren Nierenfunktionsstörungen. Obwohl Uricovac m mite in ausgedehnten Tierversuchen keinerlei teratogene Wirkung gezeigt hat, soll das Präparat aus Vorsichtsgründen bei bestehender Schwangerschaft nicht verabreicht werden.

Nebenwirkungen: Unter einer Uricovac m mite-Behandlung können Durchfälle auftreten. Treten diese Durchfälle häufig oder über längere Zeit auf, so sind die Natrium- und Kalium-Werte im Blut zu kontrollieren. Der Arzt entscheidet dann, ob die Therapie fortgesetzt werden kann. Zu Beginn jeder harnsäureenkenden Therapie kann es zu Gichtanfällen kommen; hier wird die zusätzliche Gabe von Colchizin empfohlen.

Wechselwirkungen mit anderen Mitteln: Wechselwirkungen mit anderen Mitteln sind bisher nicht bekannt geworden.

Dosierungsanleitung, Art und Dauer der Anwendung: Soweit vom Arzt nicht anders verordnet, 1-2 Tabletten Uricovac m mite täglich unzerkaut mit etwas Flüssigkeit während oder nach einer Mahlzeit einnehmen. Wie bei jeder harnsäureenkenden Therapie sollte bis zur Normalisierung der Serum-Harnsäurewerte für eine ausreichende Diurese und für eine Harnalkalisierung Sorge getragen werden. Die Dauer der Therapie wird je nach Grundleiden vom Arzt bestimmt. Die primäre (idiopathische) Harnsäureerhöhung und Gicht verlangen ihrem Wesen nach eine Dauerbehandlung.

Darreichungsformen und Packungsgrößen: 30 Tabletten zu 40 mg, DM 16,40 · 100 Tabletten zu 40 mg, DM 46,85 · 300 Tabletten (10 x 30), AP. Stand: 10/1981

Uricovac - ein Ergebnis der Labaz-Forschung

LABAZ GmbH
Pharmazeutische Präparate
Postfach 5126
4000 Düsseldorf 1

Bekanntmachung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

Zu besetzende Kassenarztsitze in Bayern

Wir empfehlen Ihnen, sich in jedem Fall vor Ihrer Niederlassung mit der zuständigen Bezirksstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns in Verbindung zu setzen und sich wegen der Möglichkeiten und Aussichten einer kassenärztlichen Tätigkeit beraten zu lassen. Dort erfahren Sie auch, wo und in welchem Umfang Förderungsmöglichkeiten bestehen.

Oberfranken

Neustadt bei Coburg, Lkr. Coburg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Hof/Saale:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Rehau, Lkr. Hof/Saale:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Selb, Lkr. Wunsiedel:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Coburg:

1 Augenarzt

Hof/Saale:

1 Augenarzt

Kronach:

1 Augenarzt

Beyreuth:

1 Hautarzt

Coburg:

1 Hautarzt

Kulmbach:

1 Hautarzt

Neustadt bei Coburg, Lkr. Coburg:

1 Kinderarzt

Hof/Saale:

1 Lungenarzt

Hof/Saale:

1 Nervenarzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Oberfranken der KVB, Brandenburger Straße 4, 8588 Bayreuth, Telefon (09 21) 29 21.

Mittelfranken

Abenberg, Lkr. Roth:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt
(oder eventuell 1 Internist)

Lauf e. d. Pegnitz-Neunhof,**Lkr. Nürnberger Land:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Nürnberg-Zentrum Nordwest:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt
(Praxisübernahmemöglichkeit)

Nürnberg-Buchenbühl:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Nürnberg-Galsmannshof/Muggenhof/**Höfen:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Nürnberg-Ziegelstein/Herrnhütte/
Großreuth:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Ansbeck:

1 Augenarzt

Feuchtwangen, Lkr. Ansbeck:

1 Augenarzt

Nürnberg-St. Peter:

1 Augenarzt
(Praxisübernahmemöglichkeit)

Landkreis Roth:

1 Augenarzt

**Neustadt/Alsch, Lkr. Neustadt/Alsch-
Bad Windsheim:**

1 Frauenarzt

Rothenburg o. d. Tauber, Lkr. Ansbach:

1 Frauenarzt

Landkreis Ansbach:

HNO-Ärzte

Stadt oder Landkreis Ansbach:

Nervenärzte

**Gunzenhausen, Lkr. Weißenburg-
Gunzenhausen:**

1 Nervenarzt

Dinkelsbühl, Lkr. Ansbeck:

1 Urologe

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Mittelfranken der KVB, Vogelsgarten 6, 8500 Nürnberg 1, Telefon (09 11) 46 27-Ü.

Unterfranken

Stadtteil Bergf, Stadt Schweinfurt:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Mömbrits, Lkr. Aschaffenburg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Fuchsstedt, Lkr. Bad Kissingen:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Reuhenebrech, Lkr. Haßberge:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Kist, Lkr. Würzburg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Aizenau, Lkr. Aschaffenburg:

1 Augenarzt

Haßfurt oder Ebern, Lkr. Haßberge:

1 Augenarzt

Kitzingen, Lkr. Kitzingen:

1 Augenarzt

Erlenbach, Lkr. Mittelfranken:

1 Augenarzt

Stadt Schweinfurt:

1 Augenarzt

Stadt Aschaffenburg:

1 HNO-Arzt

Haßfurt oder Ebern, Lkr. Haßberge:

1 HNO-Arzt

**Kerlstadt oder Merktsheldenfeld,
Lkr. Main-Spessart:**

1 HNO-Arzt

Stadt Aschaffenburg:

1 Hautarzt

Haßfurt, Lkr. Haßberge:

1 Hautarzt

Stadt Aschaffenburg:

2 Internisten

Ebern, Lkr. Haßberge:

1 Kinderarzt

Miltenberg, Lkr. Miltenberg:

1 Kinderarzt

Haßfurt, Lkr. Haßberge:

1 Nervenarzt

Bad Neustadt, Lkr. Rhön-Grabfeld:

1 Nervenarzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Unterfranken der KVB, Hofstraße 5, 8700 Würzburg, Telefon (09 31) 307-1.

Oberpfalz

Flossenbürg, Lkr. Neustadt/WN:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Fuchsmühl, Lkr. Tirschenreuth:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Ursensollen, Lkr. Amberg-Weizbach:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Furth i. Wald/Weldmünchen, Lkr. Cham:

1 Augenarzt

Kötzting, Lkr. Chem:

1 Augenarzt

Roding, Lkr. Chem:

1 Augenarzt

Vohenstreuß, Lkr. Neustadt/WN:

1 Augenarzt

Kötzting, Lkr. Chem:

1 HNO-Arzt

Stadt Tirschenreuth, Lkr. Tirschenrauth:
1 HNO-Arzt

Stadt Schwandorf, Lkr. Schwandorf:
1 Hautarzt

Stadt Tirschenrauth, Lkr. Tirschenrauth:
1 Hautarzt

Stadt Waiden:
1 Hautarzt

Kötzting, Lkr. Cham:
1 Kinderarzt

Nabburg, Lkr. Schwandorf:
1 Kinderarzt

Vohenstrauß, Lkr. Neustadt/WN:
1 Kinderarzt

Stadt Tirschenreuth, Lkr. Tirschenreuth:
1 Nervenarzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle
Obarpfalz der KVB, Landshuter Straße
49, 8400 Regensburg, Telefon (09 41)
7 50 71.

Niederbayern

Abensberg, Lkr. Kelheim:
1 Augenarzt

Dingolfing, Lkr. Dingolfing-Landau:
1 Augenarzt

Hauzenberg, Lkr. Passau:
1 Augenarzt

Regen, Lkr. Regen:
1 Augenarzt

Viechtach, Lkr. Regen:
1 Augenarzt

Abensberg, Lkr. Kelheim:
1 Frauenarzt

Stadt oder Lkr. Landshut:
1 Hautarzt

Regen, Lkr. Regen:
1 Hautarzt

Lkr. Rottal-Inn:
1 Hautarzt

Dingolfing, Lkr. Dingolfing-Landau:
1 HNO-Arzt

Stadt oder Lkr. Passau:
1 HNO-Arzt

Abensberg, Lkr. Kelheim:
1 Kinderarzt

Bogen, Lkr. Straubing-Bogen:
1 Kinderarzt

Hauzenberg, Lkr. Passau:
1 Kinderarzt

Lkr. Dingolfing-Landau:
1 Nervenarzt

Kelheim, Lkr. Kelheim:
1 Nervenarzt

Regen, Lkr. Regen:
1 Nervenarzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle
Niederbayern der KVB, Lilienstraße 5-9,
8440 Straubing, Telefon (0 94 21) 70 53.

Schwaben

Deiningen, Lkr. Donau-Ries:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Weißenhorn, Lkr. Neu-Ulm:
1 Augenarzt

Dillingen, Lkr. Dillingen:
1 Nervenarzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle
Schwaben der KVB, Frohsinnstraße 2,
8900 Augsburg, Telefon (08 21) 31 30 31.

Koalition der Vernunft und Verantwortung im Gesundheitswesen

– Sinnvolles Zusammenwirken der Träger der ambulanten Gesundheitsversorgung in Bayern –

*Die Vertreter der bayerischen Kassenärzte, Kas-
senzahnärzte, Apotheker, Krankenkassen und der
pharmazeutischen Industrie traten am 4. Novem-
ber 1981 in München zum ersten Mal zusammen,
um den gemeinsamen Willen zur Lösung von Ko-
stenproblemen im Gesundheitswesen zu dokumen-
tieren.*

*Ziel der Zusammenarbeit dieser „Koalition der Ver-
nunft und Verantwortung im Gesundheitswesen“
soll es sein, einen Ausgleich zwischen medizini-
schen Notwendigkeiten und wirtschaftlichen Mög-
lichkeiten in der gesundheitlichen Versorgung zu
finden. Die Sprecher der genannten Organisa-
tionen erklärten, der 100. Jahrestag der Gründung der
sozialen Krankenversicherung sei ein geeigneter
Anlaß, die bewährten Formen der Selbstverwaltung
auf eine noch breitere Basis zu stellen.*

*Im Mittelpunkt der gemeinsamen Bemühungen soll
die Stärkung der ambulanten Betreuung der Ver-
sicherten stehen, die als besonders patientennah
und kostengünstig angesehen wird. Nach den bis-
her erzielten Anfangserfolgen durch die Bayern-
Verträge zwischen Krankenkassen und Ärzten bzw.
Zahnärzten soll durch diese „Koalition der Ver-
nunft und Verantwortung“ eine echte Alternative
zur staatlichen Reglementierung durch die Bun-*

*desregierung aufgebaut werden. Die Verbände
sind der Meinung, daß der Sachverstand der unmit-
telbar am Gesundheitswesen Beteiligten sehr viel
besser geeignet ist, die unstreitig vorhandenen
Probleme zu lösen als noch mehr staatlicher Diri-
gismus.*

*Zunächst ist vorgesehen, in halbjährlichen Bera-
tungen die Kostenentwicklung zu analysieren und
die Problembereiche zu identifizieren, um dann ge-
meinschaftlich Lösungen zu suchen. Die Beteilig-
ten waren sich einig, daß Fortschritte bei der finan-
ziellen Stabilisierung der Krankenversicherung –
soweit sie bisher erzielt wurden – nur auf die
Wirksamkeit der Selbstverwaltung zurückzuführen
sind.*

*Die Politik des Bundesarbeitsministeriums führe
demgegenüber in eine Sackgasse, an deren Ende
eine staatliche Einheitskrankenversicherung ste-
hen würde. Die bayerischen Selbstverwaltungs-
organe fordern von der Bundesregierung den für
die Verwirklichung ihrer Stabilisierungspläne er-
forderlichen Handlungsspielraum und verwahren
sich dagegen, daß die Krankenversicherung erneut
zum Verschiebepbahnhot gemacht wird, mit dessen
Hilfe die öffentlichen Haushalte auf Kosten der Bei-
tragszahler entlastet werden sollen.*

Wohltätigkeitskonzert zugunsten der Aktion Sonnenschein

am 21. Oktober 1981 im Herkulesaal der Münchener Residenz

Benjamin Britten: Simple Symphony

Zu Britten's Lebensstil hat es nie gehört, auf dem hohen Kothurn des Komponists eine erhabene Rolle zu spielen – wenn ihm auch wie vielen der zornigen jungen Geister im Europa zwischen den beiden Weltkriegen Pose an sich nicht fremd war, und zwar bilderstürmerische Pose, denken wir an Hindemith in Deutschland, an die Six in Frankreich, denken wir an Wystan Hugh Auden und seinen Kreis in England, dem Britten verbunden war. Die Ideen der Zeit kreisten viel um das Ziel, die Kunst vom Piedestal zu nehmen, zu „demokratisieren“. In den Kreis dieser Bemühungen gehören bei Britten einige reizende Werke für die musizierende Jugend wie „Wir machen eine Oper“, „Der kleine Schornsteinfeger“, „St. Nicolas“ und anderes. In diese Kategorie gehört letzten Endes wohl auch die „Simple Symphony“, wenn auch mehr mittelbar deshalb, weil es hier weniger intentionell um ein Werk für die Jugend geht, sondern vielmehr um eine Jugendproduktion des Komponisten, deren Entstehung in das 10. bis 13. Lebensjahr Britten's zurückreicht und die im Jahre 1934 – und hier schließt sich der Kreis unseres Gedankens – unter dem Titel „Simple Symphony“ ihre heutige Gestalt erhielt. Es ist ein Werk, das mit seiner Form keine symphonischen Ansprüche erhebt, vielmehr schon durch die verspielte Wahl der aus der barocken Suite stammenden Satzbezeichnungen kindhaft-prätentiös bekundet, wie es verstanden werden möchte. – So tritt denn auch der erste Satz („Boisterous Bourrée“) als lärmende, ungestüme Maskerade auf, bei der unter der Vermummung von Relfrock und Perücke spätromantische Fexen getrieben werden: Von Reinhard Steinberg und seinen Streichern mit unbeschwerter Heiterkeit und gelöster Leichtigkeit musiziert. – Der zweite Satz „Playful Pizzicato“: Flüchtige Picciceti huschen echohaft durch das Orchester, um am Ende in den Rhythmus und die Schwerfälligkeit eines Bauerntanzes oder vielleicht sogar eines square dance aus dem wilden Westen zu verfallen. Auch hier hervorragende, spielerische Interpretation, die den Musikern selbst sichtlich Spaß bereitet – Voller Ernst im dritten Satz: „Sentimental Saraband“, in dem Steinberg und seine Musiker den pompösen Duktus der echten Barock-Suite mit voll ausladender Gebärde zele-

brierten, denn eber mit schlanker Schlichtheit einen wunderber süßen Volksliedton aus der neubarocken Verpeckung hervorzeuberten. – Zum Schluß gab es im „Frolische Finale“ noch pehethische Rodomontaden und lustige Schnurpfeifereien, aus denen ein paar Takte hindurch sogar ein Yankee-doodle hervorklang.

Johann Sebastian Bach:

Brendenburgisches Konzert Nr. 5

Unter der sehr zurückhaltenden Leitung von Reinhard Steinberg musizierten Hiroko Wittermann (Flöte), Florian Sonnleitner (Violine) und Peter Clemente (Cembalo) zusammen mit den äußerst präzise spielenden Ripienisten aus dem Ärztorchester.

Aus dem ersten Satz ist die makellos perlende, brillant gespielte Solokadenz von Peter Clemente hervorzuheben, dessen deutlich reifende Meisterschaft der Rezensent bei vielfältigen Gelegenheiten im Herkulesaal der Residenz oder in Schleißheim nicht müde wird, zu verfolgen. – Im langsamen zweiten Satz, der den Soloinstrumenten vorbehalten ist, hielten Hiroko Wittermann und Florian Sonnleitner ekkompagniert durch das Cembalo einen klassisch-schlichten Zwiegesang und verwoben verschwistert hingehend ihre Stimmen zu einem gehaltenen, feinsinnigen Lied. – Übermütig und helter gelang dem Dirigenten, den Solisten und den Ripienisten der dritte Satz – fast ein wenig glatt, leider mit einem Hauch von Routine!

Wolfgang Amadeus Mozart: Symphonie Nr. 38 (K 504) in D-Dur – „Prager Symphonie“

Mit der Prager Symphonie stehen wir in der Klangwelt des Figaro, des Don Giovanni: In einem Gefühlsspektrum von schier unermeßlicher Spannweite – von der humorig übersprudelnden Heiterkeit des Figaro bis hin zu dem epokalyptisch-visionären Klengschauder einer Menschheitsdämmerung, die in der Verdammung des ad absurdum geführten Don Juan zum Ereignis wird!

Mozart vollendete die „Prager“ im Dezember 1786. Kurz danach erlebte er in Prag die begeistertste Aufnahme seines Figaro, über die er am 15. Januar 1787 berichtete: „... denn hier wird von nichts gesprochen als vom Figaro, nichts gespielt, gebiäsen, gesungen, gepiffen als Figaro ...“. Acht Monate später wurde Don Giovanni in Prag ureufgeführt.

Die Prager Symphonie trägt das Stigma der Stimmungsextreme dieser Schöpfungszeit: Äquivoke Verspannungen, dumpf-grübelnder Pessimismus, der sich auch in der kompositorischen Durchführung behauptet, als Rest unsublimiert zurückbleibt. Assoziationen klingen an mit der dichterischen Schilderung einer schweren vegetativen Dystonie, wie sie die Sorge dem elten Faust vorhält: „... schmerzlich Lessen, widrig Sollen, bald befreien, bald Ersticken, halber Schlaf und schlecht Erquickten ...“

Mit der Symphonie Nr. 38 in D-Dur stellte sich dann das Bayerische Ärztorchester in seiner großen Besetzung vor. Aber nicht nur das: Es stellte sich in ganz großer Form vor! Richard Steinberg und sein Orchester haben die Symphonie mustergültig interpretiert. Der Dirigent hat sich ein bewundernswürdiges Maß an ruhiger Souveränität erarbeitet. Das Orchester hat eine Klenghomogenität erreicht, die im Vergleich zu früheren Konzerten einen außerordentlichen Prozeß der Entwicklung und der Reife manifestiert.

Bei der Sicherheit des Dirigenten und der Präzision des Orchesters blieben alle Sorgen um technische, rhythmische Details elsbald weit zurück. Das Ereignis eines vollen Genusses nahm seinen Lauf. Der zwiespältig-unentschiedene Charakter des gesamten ersten Satzes geriet dank vorzüglich durchgehaltener Tempi nicht im Adagio und nicht im Allegro zu Weltschmerz und Larmoyanz, die Form – Mozartsche Form – blieb Meister über das Sentiment. Im übereus dichten und hochdremetischen Gewirk der Symphonik des Durchführungsteiles volle Bewährung der Streicher, von Holz, von Blech, von Pauke! – Ebenso trefflich gelang der zweite Satz, das Andante. Auch hier Beherrschtheit inmitten einer Fülle von Versuchungen wehmütiger, zarter, rührender, eber hauptsächlich resignierender Empfindungen. Sauberste Arbeit in der kontrapunktischen Durchführung. – Den dritten Satz gab Steinberg ungehetzt, doch frisch und flott in der veritablen Manier weltmännischer Rokoko-Gebärde: Ein halb mal lustig – ein halb mal treurig, bei elter Diesseitigkeit Perspektiven in unfaßbare Dimensionen: Das Ohr „sieht“ Asam – in Ingolstadt in der Kirche S. Maria Victoria zum Beispiel – und verschwebt zwischen den Verlockungen vordergründiger Gegenständlichkeit und visionärer Transzendenz. Die Musiker des Bayerischen Ärztorchesters folgten ihrem Dirigenten bei diesem el fresco mit scheinbar müheloser Leichtigkeit und Hingabe.

Ein hervorragender Abend!

Walter ALBRECHT

Tauziehen um Medizinische Akademie

Die einen haben an ihrer Universität Einrichtungen zur Ausbildung der Mediziner in den vorklinischen Fächern, aber keine Klinik, die anderen verfügen demnächst über eines der modernsten Krankenhäuser in der Bundesrepublik, doch ihre Uni besitzt keine medizinische Fakultät. Auf diesen Nenner kann man derzeit die Situation in Regensburg und Augsburg bringen. Und wenn die Anzeichen nicht trügen, kommt es zum Wettlauf zwischen beiden Städten, bei dem der Schiedsrichter, ob Staatsregierung oder Landtag, nicht zu beneiden ist.

Grundsätzlich wären die Anliegen der beiden Bezirkshauptstädte unter einen Hut zu bringen: Regensburg soll, so steht es seit Jahren fest, eine Universitätsklinik erhalten, nicht zuletzt aus regionalpolitischen Gesichtspunkten. Augsburgs Universität, von vornherein ohne medizinische Fakultät geplant, könnte gleichwohl eine wichtige Rolle bei der Medizinerbildung übernehmen: Etwa 100 Studienplätze für klinische Semester im Rahmen einer Medizinischen Akademie sind im Gespräch. Für das Projekt macht sich ein Kuretorium stark, an seiner Spitze Schwabens Bezirkstagspräsident Dr. Georg Simnacher, der Augsburger Lendrat Dr. Franz-Xaver Frey und der schwäbische CSU-Landtagsabgeordnete Otto Meyer. Kompliziert wird der Akademie-Wunsch Schwabens nicht so sehr wegen der Finanzierung, sondern durch die – wenn auch meist unausgesprochene – Verknüpfung mit dem Klinikum in Regensburg. Und für dieses Projekt fehlt das Geld an allen Ecken und Enden.

Dagegen haben die Schwaben jüngst dem Staat für ihre Akademie ein finanzielles Angebot gemacht, das schwer euzuschlagen sein wird: Der Bezirkstag und die schwä-

bischen Kommunen signalisierten ihre Bereitschaft, sich an den Investitionskosten maßgeblich zu beteiligen. Die Schätzungen dafür gehen, wie jüngst im Haushaltsausschuß des Landtages bekannt wurde, eklatant auseinander. Während der Uni-Beirat den Umbau des Augsburger Westkrankenhauses auf fünf Millionen DM ansetzte, errechnete der Oberste Rechnungshof 22 bis 28 Millionen DM. Noch offen ist, was eine Medizinische Akademie Augsburg kosten würde, die sich allein auf das Zentralklinikum konzentriert, wie es derzeit der Bezirk offenbar plant. Diese 1400-Betten-Klinik – eine der größten und modernsten in der Bundesrepublik – wird im Frühjahr nächsten Jahres fertig sein.

Was auch immer eine Medizinische Akademie in Augsburg kosten würde, der Preis wäre, gemessen an einem Uni-Klinikbau, verschwindend gering. Nicht zufällig meinte deshalb der Augsburger CSU-Abgeordnete Hermann Knipfer im Haushaltsausschuß, der Bürger werde es kaum verstehen, wenn das nagelneue und teure Zentralklinikum nicht auch der Medizinerbildung dienen sollte. Der SPD-Abgeordnete Friedrich Karl Fröhlich, ebenfalls ein Augsburger, beeilte sich, zu verschern, eine Medizinische Akademie solle keinesfalls eine Hintertür öffnen zur voll ausgebauten Fakultät. Damit wollte Fröhlich Regensburger Einwänden begegnen.

Für das Universitätsklinikum in Regensburg hat sich kürzlich eine Allparteien-Koalition stark gemacht: Abgeordnete aller drei Bundestagsparteien aus Ostbayern forderten in einer Resolution, das Projekt „sofort und bevorzugt fortzuführen und im Rahmen der derzeitigen Planung fertigzustellen“. Der bayerische Ministerrat hatte kurz zuvor der Klinik,

die nach derzeitigen Schätzungen rund 700 Millionen DM kosten soll (63 Millionen DM wurden bereits ausgegeben), „vorrangige Bedeutung“ bescheinigt. Doch der gute Wille der Staatsregierung samt Rückenwind der ostbayerischen Parlamentarier sind angesichts der allgemeinen Finanznot keine Garantie, daß nicht doch der Rotstift angesetzt wird.

Trotz der reduzierten Planung (statt 1600 Betten nur mehr 990) und der Bereitschaft, das Klinikum Regensburg auch in Teilabschnitten zu verwirklichen, steht seine Fertigstellung noch in den Sternen. Von allen Seiten unbestritten ist die Notwendigkeit des Bauvorhabens. Das Klinikum fügt sich, wie die Resolution der Bundestagsabgeordneten betont, „als Krankenhaus der dritten Versorgungsstufe in die bestehende Krankenhauslandschaft und trägt zur Verbesserung der Lebensqualitäten Ostbayerns bei“. Doch ohne Aufstockung der Bundesmittel für Zwecke des Hochschulbaues – für 1981 hat der Bund seinen Anteil an der Gemeinschaftsaufgabe um 170 Millionen DM auf 680 Millionen DM gekürzt – stehen die Zeichen für Regensburg derzeit denkbar schlecht.

Was Wunder, daß in dieser Zeit öffentlicher Finanznot ein Projekt wie Augsburg aufhorchen läßt. Natürlich kann eine Medizinische Akademie mit 100 Plätzen einer vollen medizinischen Fakultät nicht den Rang eblaufen. Aber was ist, wenn Ingolstadt, wo auch ein neues Klinikum gebaut wird, ebenfalls an eine Medizinische Akademie denkt? Der „Donau-Kurier“ hat kürzlich schon mit dem Gedanken gespielt: „Von der Kapazität der Studienplätze und vor allem vom Bedarf an Ärzten her wäre bei einer solchen Lösung das Milliarden-Ding in Regensburg überflüssig.“ Das bayerische Kabinett hat jedenfalls Regensburg für den 11./12. Rahmenplan der Gemeinschaftsaufgabe Hochschulbau angemeldet, über Augsburg wollen die Minister noch einmal vor Weihnachten beraten. Sie sind nicht zu beneiden, gehen doch die Meinungen quer durch alle Fraktionen.

Michael Gscheidle

Fortsetzung des Finanzspektakels

Die Bundesregierung scheint in der Gefahr, ihre Glaubwürdigkeit zu verlieren. In dem Ende Juli in Szene gesetzten Finanzspektakel ist nun der dritte Akt über die Bühne gegangen; wieviele noch folgen werden, das wissen selbst die Regisseure nicht. Aber die Akteure sehen immer schlechter aus. Nur sie selber scheinen dies nicht zu merken. Es muß wohl erst soweit kommen, daß ihnen das Publikum, das sie auf die Bühne gestellt hat, in Scharen davonläuft. Erst das könnte die von Genscher beschworene, aber nicht erreichte „Wende“ bewirken.

Der Kanzler lag noch im Koblenzer Bundeswehrkrankenhaus, da hörten die Bonner Auguren, daß sich für den Haushalt 1982 eine neue Deckungslücke von wenigstens 2,5 Milliarden DM aufgetan habe. Wenige Tage später hatte sich diese Lücke auf 6 bis 7 Milliarden DM verbreitert. Am Ende präsentierte der Finanzminister ein Defizit von 7,8 Milliarden DM. Dies wird wohl noch nicht der Endstand sein; zu viele Risiken bleiben in diesem Spiel. Der Finanzminister hatte rasch einen Vorschlag parat, wie denn dieses neue Loch zu stopfen sei: er plante statt 6,1 Milliarden DM Bundesbankgewinn 8,4 Milliarden DM ein und kam auf seine Lieblingsidee zurück, die Heizölsteuer zu erhöhen und eine Heizgassteuer einzuführen. Dagegen sprach sich dann Lambsdorff aus, der Matthöier leicht davon zu überzeugen vermochte, die wegen der schlechten Konjunktur ausfallenden Steuereinnahmen durch höhere Schuldenaufnahme auszugleichen und noch einmal die sozialen Leistungsgesetze zu durchforsten.

Doch dies wollten nun die beiden Fraktionen nicht mitmachen. Die F.D.P. verlangte die höhere Kreditaufnahme, und die SPD lehnte weitere Eingriffe in die Sozialleistungen ab. Der Konflikt in der Koalition schien programmiert. Aber da hatte Matthöier eine glänzende Idee. Er setzte sich hin und rechnete noch einmal nach, was denn bei der Bundesbank an Gewinnen zu erwarten war. Und siehe da, wie Sterntaler vom Himmel, so fielen Matthöier 10 Milliarden DM in die Haushaltslöcher. Die Bundesbank erweist sich somit — unirellwillig — als Ret-

ter der Koalition. ihrer Funktion entspricht diese Rolle irelllich nicht, aber sie ist nun einmal nach dem Gesetz verpflichtet, ihre Gewinne an die Bonner Kasse abzuführen.

Dies brauchte die Bundesregierung freilich nicht zu hindern, mit dem Geld das allein Vernünftige zu tun und es entweder zum Abbau der Neuverschuldung zu nutzen oder es stillzulegen. Das Einschleusen der Bundesbank-Milliarden in den Wirtschaftskreislauf stellt jedoch Geldschöpfung dar, die inflationär wirken muß, wenn die Bundesbank nicht gleichzeitig Geld dem Wirtschaftskreislauf entzieht. Man wird das Vertrauen haben dürfen, daß die Bundesbank weiterhin eine stabilitätsorientierte Geldpolitik betreiben wird. Dann aber käme die Gewinnübernahme durch den Bund, ökonomisch gesehen, einer Kreditaufnahme gleich, die allerdings den Vorteil hätte, weder verzinst noch zurückgezahlt werden zu müssen.

Schon heute steht fest, daß es 1982 kaum zu einer Entlastung der Kapitalmärkte kommen wird. Somit trägt auch der Bundesbankgewinn nicht dazu bei, daß die Zinsen für die Investoren sinken können. Ebenso schlimm ist, daß die Entscheidungen für die Konsolidierung des Bundeshaushalts weiterhin vertagt werden. Matthöiers wunderbare Geldquelle wird allmählich versiegen. Von 1983 an dürfte Matthöier ohne größere Bundesbankgewinne seinen Haushalt finanzieren müssen. Aber möglicherweise wird sich der Minister mit dem Gedanken beruhigen, daß er dann vielleicht schon nicht mehr für die Finanzen des Bundes verantwortlich zeichnen muß.

Bis diese Ausgabe erscheint, wird der Bundestag die Haushaltssanierungsgesetze einschließlich Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz und Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz verabschiedet haben. Der Bundestag wird an den Ausschlußbeschlüssen nichts mehr ändern, nachdem in den Ausschüssen alle Änderungsanträge der Union abgeschmettert und von der Koalition nur wenige mehr oder weniger bedeutende Korrekturen vorgenommen wurden. Auch der Bundesrat dürfte sich kaum noch für Ände-

rungen am Kostendämpfungsgesetz stark machen, zumal dieses Gesetz auch ohne seine Zustimmung in Krett gesetzt werden könnte. Bemerkenswert sind immerhin folgende Änderungen in den Gesetzesplänen der Bundesregierung:

Bei Arznei- und Verbandsmitteln haben die Versicherten künftig 1,50 DM je verordnetes Mittel zuzuzahlen; bislang beträgt diese Selbstbeteiligung 1,— DM. Ursprünglich sollte die Selbstbeteiligung 20 Prozent der Kosten des Medikaments, höchstens jedoch 4,— DM je Verordnungsblatt, betragen. Dabei sollten je Verordnungsblatt nicht mehr als drei Mittel verschrieben werden dürfen. Bei Heilmitteln soll die Eigenbeteiligung der Versicherten nunmehr 4,— DM je Verordnung betragen. Hier ist also nicht die Menge der verordneten Heilmittel für die Höhe der Selbstbeteiligung maßgebend, sondern die Anzahl der Verordnungen. Bei der Verordnung von sechs Massagen werden also nur 4,— DM fällig. Dieser Betrag wird dem Versicherten auch beim Kauf einer Brille sowie auch bei deren Reparatur abverlangt.

Es bleibt dabei, daß die Kassen 1982 und 1983 für Kuren nicht mehr ausgeben dürfen als 1980. Darüber hinaus darf die einzelne Kasse die durchschnittlichen Ausgaben aller Kassen je Mitglied in 1980 um nicht mehr als 20 Prozent überschreiten. Der Sozialausschuß hat zwar die Regierungsvorschläge in diesem Punkt entschärft; es bleibt aber dabei, daß hier Nivellierung zu Lasten der Ersatzkassen betrieben wird. Bedeutsam ist, daß medizinisch angezeigte Kuren nach Paragraph 184 a RVO von der Begrenzung nicht mehr ertast werden.

Die Koalition hat nicht darauf verzichtet wollen, den Begriff der teilstationären Behandlung in der Reichsversicherungsordnung zu verankern. Allerdings hat es eine Präzisierung der Regierungsvorlage gegeben, durch die klargestellt wird, daß teilstationäre Krankenhauspflege nur dann in Betracht kommt, wenn die Versorgung durch das Krankenhaus auch weiterhin notwendig ist. So jedenfalls heißt es in der Begründung zu dem Änderungsantrag, der freilich wenig daran ändert, daß sich künftig die Grenzen zwischen stationärer und ambulanter Behandlung verwischen werden und ambulant zu behandelnde Patienten in der Obhut der teureren Krankenhäuser verbleiben können. Auch an diesem Beispiel zeigt sich, daß der Koalition ideologische Weichenstellungen wichtiger sind als sauber und klar formulierte Gesetzesbestimmungen.

bonn-mot

Bücher von Ärzten für Ärzte

Wir bringen zu Weihnachten wieder Hinweise auf die neuesten Bücher unserer Schriftstellerärzte, soweit Besprechungsexemplare der Schriftleitung zugehen. Im Anschluß daran folgt eine Auswahl — zwanglos und ohne Werturteil —; wir glauben, daß diese Bücher für Geschenkzwecke besonders geeignet sind. Der „Äskulap und Pegasus“ wünscht allen Kolleginnen und Kollegen frohe Feiertage und soviel Zeit im Streß des notwendigen Feiertagsdienstes, daß ein Blick in ein gutes Buch geworfen werden kann.

Federn im Herbstwind

Lyrisches von einst und heute

Verf.: A. Rottler, aus der Reihe Federn und Skalpell/O1, 48 S., Umschlag und Textbilder von G. Huber, brosch., 1980, DM 12,80. Verlag Graphikum Dr. Mock Nachf. J. M. Kurz, Mühlenbergring 1, 3406 Bovenden.

Unser Confrère Alfred Rottler hat ein neues Lyrik-Büchlein herausgebracht. Der erste Abschnitt „Durch die Jahre“ enthält Gedichte von 1927 bis 1964, die oftmals reine Lyrik widerspiegeln. „Zarte Zeichen, leise Zeuber / brechen sich behutsem Bahn / gurrend sagt verliebt ein Teuber / unbewußt den Frühling an // Weiche Weidenkätzchen schwellen / und der Seidelbast verblüht / und in ell dem Überquellen / singe ich mein Lied.“ Der zweite Teil „Spiegel des Lebens“ enthält mehr beschauende Gedichte aus der Sicht des gereiften Lebens: „Jeder Erdteil, jede Rasse / jedes Volk und jedes Lend / jeder einzelne der Masse / selten eigenen Himmel fand.“ Die Graphik-Blätter von Gerda Huber übertreten die beigelegten Verse eindrucksvoll ins Eleditische. Der kleine Bend ist drucktech-

nisch gut gelungen, auch eugenfreundlich für müde Augen, men wird immer wieder gerne darin blättern.

Eine Hand ist kein Jawort

Lyrik und Prosa — Illustrierte Wortversuche von Gerhard Uhlenbruck, Gerhard Dodt, Jürgen Schwalm, Armin Jüngling und Günther Kressl

Hereausgeber: A. Jüngling, 175 S., zahlr. Bildtafeln im Text, brosch., 1980, DM 19,80. Verlag Josef Stippak, 5100 Aachen.

Im Vorwort zu dem Buche schreibt Uhlenbruck: „Es gibt schriftstellernde Ärzte und Ärzte, die Schriftsteller sind. Von der letzten Gruppe soll hier nicht die Rede sein. Unter den ersten gibt es Könner und Nichtkönner. Ob beide hier vertreten sind, meg der Leser entscheiden. Und euch, ob des Thema verfehlt worden ist...“ Im Vorwort heißt es weiter, daß das Buch „das Risiko, das Wagnis einer 'Autoren-Edition' ist. Es hendelt sich um ein Experiment, nicht um den Versuch einer Splittergruppe, um keine elitäre Emenzipation und um keine Gefälligkeit,

die wir uns selbst erweisen müssen. Es ist der Wunsch, gehört und gelesen zu werden, und wenn es nur wenige sind, die wir erreichen können. Die oben genannten Autoren werden mit ihrem curriculum vitee, einem Bild und Auszügen aus ihren Werken vorgestellt. Daß es schwer ist, über sich selbst zu schreiben, wie Jüngling sagt, zeigt uns deutlich der eine oder andere der Lebensläufe, die von witzelndem Esprit bis zu leicht schnoddriger Satirik reichen. Nicht jedermann wird das „Wort- und Graphikbändigen“ in ellen Füllen für sich nachvollziehen können, trotzdem wird er beim Lesen des Buches manchen Gewinn mitnehmen. Bei der Vielfalt des Gebotenen ist es unmöglich, auf einzelne Werke, die durcheus beachtlich sind, einzugehen. Das Buch, das nach dem Selbstverständnis der Autoren ein Experiment sein soll, ist in seiner Gesamtheit zu begrüßen und interessant zu lesen, denn auch „wir fürchten eine Zeit, in der es keine schreibenden, musizierenden, und malenden Ärzte mehr gibt, weil sie einfach keine Zeit mehr für diese Dinge haben. Dies wäre sicher nicht gut engesichts der modernen apparativen und technischen Entwicklung, die schon zu einer beängstigenden Distanzierung und 'Enthumanisierung' in der heutigen Medizin geführt haben.“ In diesem Sinne ist des Buch ellen Ärzten zu empfehlen.

Der verstendene Mensch

In Versen von Psychopax

Verf.: E. Schaetzling, 156 S., einlge Strichzeichnungen im Text, Lelnen, 1981, DM 16,80. Verlag A. Frühmorgen, 8000 München.

Der Autor ist den Lesern des „Äskulap und Pegasus“ durch verschiedene Proben seines dichterischen Schaffens bereits bekennet. Er befaßt sich im vorlie-

sinupret®

bei Sinusitiden
und Sinobronchitiden

Zusammensetzung: 100 g enthalten 29 g Mazerat (Auszugsmittel 58,9 G/G Ethanol) aus Rad. Gentian 0,2 g, Flor. Primul. cum Calyc. 0,6 g, Herb. Rume. acet. 0,6 g, Flor. Sambuc. 0,6 g, Herb. Verben. 0,6 g. 1 Dragee enthält Rad. Gentian. 0,006 g, Flor. Primul. cum Calyc. 0,018 g, Herb. Rume. acet. 0,018 g, Flor. Sambuc. 0,018 g, Herb. Verben. 0,018 g, Vitamin C 0,010 g. **Indikationen:** Akute, subakute und chronische Sinusitiden, Rhinosinusitis, Sinobronchitis, Infektprophylaxe beim bronchitischen Syndrom, sinogener Kopfschmerz. **Kontraindikationen** sind bisher nicht bekannt. **Nebenwirkungen** wurden bisher nicht beobachtet. **Dosierung:** 3mal täglich 10 Tropfen bis 1 Teelöfel voll oder 1 bis 2 Dragees. **Handelsformen:** OP mit 100 ml DM 9,45, OP mit 60 Dragees DM 9,45, OP mit 240 Dragees DM 26,30. Großpackungen mit 500 ml, 1000 ml und 1000 Dragees.


bionorica
Nürnberg 1



genden Buch mit den zahlreichen Problemen unseres Daseins, schwierigen und scheinbar schwierigen, von denen die meisten mit Humor zu lösen sind: „Mein Lebensschifflein hat ein Leck / und alle Felle schwimmen weg / So etwas kommt mai vor / Da hilft nur eins: Humor // Mein Schifflein hat ein erges Leck / Des Jemern het ger keinen Zweck / Viel leichter wer es zwer zuvor / Doch heb' ich euch noch jetzt: Humor // Wes soll der ganze Heck-Meck-Meck? / Ich zieh' den Kerren eus dem Dreck / Und wieder öffnet sich das Tor / Dann habe ich erst recht Humorill“ Mit dem Humor allein ist's freilich nicht getan, es blitzt manchmal hinter ell' den kritischen Versen ein ernsthetter Schaik hervor: „Ein Scheim sieht mittels Narretei / die Welt eis ob sie komisch sei“ Dazwischen fühlt sich der Leser selbst angesprochen. Es sind auch Aphorismen in Versform darunter. Psychopax teilt seine Gedichte in folgende Gruppen ein: *Kunterbunt, Die Ehe und das drum und dren, Psychologische Philosophie, Ärztliches Psychologisches, Neuhistorisches*. Die Verse sind klüsig geschrieben und angenehm zu lesen; sie lessen uns manche schwierigen Probleme unter einem verständlicheren Gesichtswinkel betrachten. Das Buch endet mit dem nachdenklichen Epilog: „Der Reim auf Mensch fehlt ungemain / Das dürfte kaum ein Zufell

sein!“ Selbst die Poeten können sich auf den Menschen, des unbekante Wesen, eben keinen Reim machen.

Almanech 1981 deutscher Schriftstellerärzte

Herausgeber: A. Jüngling, 315 S., 10 Bildtetein, 1981, DM 18,—. Verlag Th. Breit, 8215 Marquartstein.

Gerade rechtzeitig, um noch in die Weihnachtsbesprechung der neuesten Veröffentlichungen deutscher Schriftstellerärzte zu kommen, hat der Herausgeber seinen diesjährigen Almanech herausgebracht. Wie Jüngling in seinem Vorwort feststellt, erscheinen diese Anthologien seit zehn Jahren ohne Unterstützung von irgendeiner Seite nur durch das finanzielle Engagement der Autoren und des Herausgebers. Denk des Einsatzes des Miteutors Professor Dr. Dr. E. Szirmai sind diese Veröffentlichungen weltweit bekanntgeworden an den Universitäten von Tokio bis Buenos Aires, aber leider fehlt ihnen nach wie vor der Zugang zum deutschen Buchhandel und damit zur Öffentlichkeit. Man sollte hier einen Weg suchen, daß die Almanache bei den Buchhandlungen in Kommission gegeben werden können und damit in deren Schautenster kommen. Sie sind es von ihrem geistigen Gehalt her wert, allge-

mein bekanntzuwerden. An dem vorliegenden Almanech haben 84 Kolleginnen und Kollegen mitgearbeitet, darunter 16 aus Bayern. Von den letzteren sind die meisten den Lesern von „Äskuiap und Pegasus“ bekannt. Der Inhalt des gegenüber dem vorjährigem Almanech um dreißig Seiten erweiterten Bandes ist wiederum vielgestaltig und reicht von Kurzgeschichten, Erzählungen über Erfahrungen in der ärztlichen Praxis, von Gedichten bis zu Verdichtungen von Gedanken in gebundener Sprache. Als besonders interessant empfindet der Referent die literarhistorische „Biographie der Erinnerungen über Thomas und Katie Mann“ von dem in Budepest geborenen, jetzt in Stuttgart lebenden Professor Szirmai. Doch bei der Fülle des Dargebotenen ist es unmöglich, einzelne besonders geungene Stücke herauszugreifen. Der Almanech '81 kann allen Lesern des „Äskuiap und Pegasus“ empfohlen werden für sich selbst, ihre Familienangehörigen und — wie es auch in dieser Stelle schon des öfteren vorgeschlagen wurde — als erregende Lektüre im Wartezimmer für unsere Kranken.

Des Primet der Naturgesetze

Weltbild aus medizinisch-naturwissenschaftlicher Sicht

Verf.: W. Freytag, 228 S., 33 teils farb. Abb., Leinen, 1981, DM 32,50. Orion-Heimreiter Verlag, 6056 Heusenstamm.

Der Schriftstellerarzt W. Freytag hat auch eine Reihe naturwissenschaftlicher Werke wie „Die Gesetze des Alis“, „Die Welt als Sein und Schein“ und „Glaube, Religion und Wissenschaft“ verfaßt, die an dieser Stelle besprochen wurden und die alle einen großen Leserkreis gefunden haben. Nun legt er uns ein neues Werk vor, in dem er die Naturgesetze in ihrem astro-physikalischen, im physikalisch-chemischen sowie im biologischen Wirkungsbereich auf den Menschen über die Vergangenheit und Zukunft aufzeigt. Seine Darstellung, die von instruktiven Abbildungen untermauert und ergänzt wird, ist auch für den bereits informierten Leser wertvoll und lehrreich, denn der Autor rekapituliert nicht nur das bereits wissenschaftlich Erforschte, sondern er gibt jeweils dazu auch seine eigene Meinung kund, die gut fundiert ist und den Leser zu eigenem Nachdenken anregt. Des Buch ist eingeteilt in zwei große Kapitel „Das Fundament einer Weltanschauung“ und „Die Problematik der Willensfreiheit“. Im ersten Abschnitt geht der Autor sehr ausführlich auf das Materiegesetz ein, das sich über lebende Organismen bis zum menschlichen Gehirn hin entwickelt hat,

Aufruf zur Beteiligung an dem deutschen Ärzte-Schriftsteller- Almanach 82

Der Herausgeber von elf Anthologien deutscher Ärzte Armin Jüngling (Unterwössen) beabsichtigt, im Herbst 1982 wieder einen Almanach deutscher Ärzte-Schriftsteller herauszugeben.

Die Beteiligung ist nicht an die Mitgliedschaft im Verband deutscher Schriftsteller-Ärzte gebunden. Es sind vielmehr alle schriftstellerisch tätigen Ärzte und Zahnärzte aufgerufen, sich durch Einsendungen von Lyrik, Essays und Kurzgeschichten zu beteiligen.

Einsendungen bis spätestens 15. Februar 1982 an Dr. Armin Jüngling, 8211 Unterwössen.

Bitte Rückporto beilegen! — Ferner werden alle Schriftstellerkollegen gebeten, ihre im Jahre 1981 erschienenen belletristischen Werke mit Verlagsangabe, Seitenzahl und Preis dem Herausgeber des Almanachs zur Veröffentlichung mitzuteilen.

als dessen Folgen dann Ethik, Wertgefühl und Moral entstehen. Bei Schulung zu kritischem Denken erfolgt dann der logische Schluß: „Das Prinzip der Evolution ist der Ordnungssinn der Materie“. Im zweiten Teil untersucht Freytag, inwieweit eine Willensfreiheit existent ist, durch Krankheiten beeinflusst und durch politische Systeme manipuliert werden kann. Ferner behandelt er wissenschaftlich die Einschränkung normativer Willensbildung in der Ektase, sowie die genetischen und multilaktoriellen Einflüsse auf die Willensbildung und stellt dann ausführliche genetische, eugenische, ökologische sowie soziale, pädagogische Grundforderungen auf. Zum Sinn seines Buches sagt der Autor: „Jedermann soll täglich und stets Strebend-Bemüht-Sein, das Göttliche in sich wirken zu lassen. In echter humaner Gesinnung, ethischem Werterkennen, was oft Opfer bedeuten kann, sollen wir zu unserem Nächsten hilfreich und gut sein ... Das aber ist die Voraussetzung, unser Wollen zu vernunftbewußten, ethischen, humanen Werten hinzulenken.“ Ein Literatur- und ausführliches Fremdwörterverzeichnis mit seinen griechischen Ableitungen beschließt das Buch, das jedem Arzt zu empfehlen ist, der sich über die neuesten Forschungen auf dem Gebiete der Naturgesetze informieren will.

Eine Auswahl früherer Ausgaben

Gedichte, Erzählungen, Romane, Anthologien

Sternstunde der Barbara Blomberg. Novelle um die Geburt des Don Juan d' Austria von Heinz Schauwecker †. Mit dichterischem Feingefühl wird die Liebesgeschichte Kaiser Karl V. mit der Regensburger Bürgertochter vor dem Hintergrund der alten Reichsstadt gezeichnet. — Halbleinen, 2. Aufl., Verlag Michael Laßleben, 8411 Kallmünz, DM 4,80

Lieba Last. Deutsche Schriftstellerärzte zum Jahr des Kindes 1979. Herausgegeben von Professor Franz Schmid. Eine Anthologie, die das Miterleben, Mitfühlen und Mitempfinden im Reiche des Kindes schriftstellerisch darstellt. — Leinen, Hansisches Verlagskontor H. Scheffler, 2400 Lübeck, DM 15,—

Grenzsteine — Wohin gehst Du? Lyrik von Andreas Schuhmann. Philosophische Gedichte mit „der Freiheit der Sprache zu erfinden, zu sprechen, zu singen, zu zaubern mit Worten“. — Verlag Th. Breit, 8215 Marquartstein, DM 14,—

Irgendwo. Lyrik von Maria Bednara wird manchem Leser einige nachdenkliche Minuten vom Streß des Tages geben.

— Leinen, Europäischer Verlag, Pramer-gasse 1, A-1090 Wien, DM 16,50

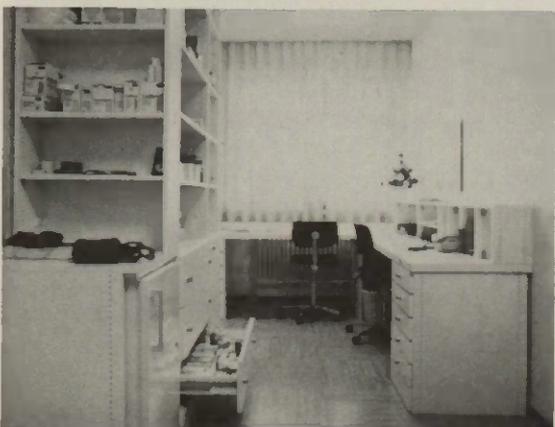
Per Sona. Wege und Begegnungen, Gedichte, Lyrik von Ernst Rossmüller. Es sind geistvolle Gedichte von klassischer Schönheit. — Leinen, Verlag Th. Breit, 8215 Marquartstein, DM 20,—

Das Schiff der Hoffnung. Verse und Bilder der Zeit von Arthur Boskamp. Mit eindrucksvollen Bildern und dazu gehörigen Versen werden die Gefahren und Fehler unseres technischen Zeitalters aufgezeigt. — Großformatiger Bildband bei A. Boskamp, Schillerstraße 12, 2210 Itzehoe, DM 14,50

Vom Tisch des Kapitäns. Reiseerzählungen von Otto Bolte. Es sind lebensnahe Darstellungen, die oftmals psychologisch und ärztlich mit dem Schicksal der Erzählenden verknüpft sind. — Leinen, Hans Christians Verlag, 2000 Hamburg, DM 24,80

Frohsinn für Dich von Werner Freytag, ein Büchlein voll von Humor, bei dem freilich auch der nachdenkliche Hintergrund immer durchschimmert, der Esprit. — Orion-Helmreiter Verlag, 6056 Heusenstamm, DM 12,80

Windstille Sonntagage. Gedichte von Allred Rottler. Das Büchlein ist so recht



Praxis!

ip²⁰ inbauteile plant und richtet ein.

Empfang, Warteraum, Sprechzimmer, Behandlungsraum, Labor - überall.

Ziel: Wohlgefühl für den Patienten, optimale Funktion für den Arzt, wirtschaftliche Lösung

ip²⁰ inbauteile

Ihr ip 20 Spezialist in der Nähe:

8000 München 5, Buttermelcher Str. 2	Tel. 089/266624 (H. Boxel)
8000 München 19, Volkertstr. 13	Tel. 089/5022814 (H. Kranz)
8000 München 60, Planegger Str. 19	Tel. 089/8349805 (H. Schwab)
8000 München 80, Truderinger Str. 287	Tel. 089/422041 (H. Roth)
8060 Decheu, Münchner Str. 65	Tel. 08131/6181 (H. Heen)
8184 Gmund/Tegernsee, Münchner Str. 17	Tel. 08022/7027 (H. Klotz)
8200 Rosenheim, Frühlingstr. 5	Tel. 08031/13486 (H. Astl)
8430 Neumarkt, Lorenz Hiltnerstr. 19	Tel. 09181/30438 (H. Werthammer)
8500 Nürnberg 40, Aulmännstr. 18	Tel. 0911/449991 (H. Waldhoff)
8520 Erlangen, Luitpoldstr. 72	Tel. 09131/26844 (H. Binöder)
8531 Mönchsteinach/Neustadt, Hartstr. 20	Tel. 09166/247 (H. Kistner)
8702 Güntersleben, Ziegelhüttenweg 1	Tel. 09365/9784 (H. Schmitt)
8702 Estenfeld, Nonnenhof	Tel. 09305/507 (H. Jung)
8720 Schweinfurt, Sattlerstr. 14	Tel. 09721/1741 (H. Erlwein)
8731 Oberthulba, Weidstr. 14	Tel. 09736/213 (H. Vorndren)
8750 Aschaffenburg, Febrükstr. 29	Tel. 06021/13486 (H. Richard)
8900 Augsburg, Im Pfärrle 10	Tel. 0821/39107 (H. Müller)

geelnet, darin zu blättern, auch wenn die Sonne einmal nicht scheint. — Reilief Verlag Eilers, Martin-Greif-Straße 3, 8000 München 2, DM 18,—

Das Herz eieht andera aue. Leben und Autzeichnungen des Anatomen Eduard Slebenrock. Erzählt und herausgegeben von Gerhard Vescovi. Dem Autor ist es gelungen, eine witzige, jedoch gelstvolle und verehrungswürdige Persönlichkeit aus unserem Berute lebendig werden zu lassen, wie sie die Älteren unter uns noch öfters erlebt haben. — Gebunden, Deutsche Verlagsanstalt, 7000 Stuttgart, DM 29,80

Dr. Jardon. Arztroman aus Fernost von Walter Fick. Der Roman gibt uns einen persönlichen, tiefgründigen Einblick in die Mentalität des ernen Asiens aus der Sicht eines Europäers und Arztes in unterhaltsamer Form. — J. G. Bläschke Verlag, A-9143 St. Michael, DM 22,50

Die Odyssee in Scherenechnitten. Begleitender Text: Fragmente in der Übersetzung von J. H. Voß von J. Schwendy. Das Buch ist ein bibliophiles Vergnügen und ein optischer Hochgenuß in einem. — Leinen, Albert Langen-Georg Müller Verlag, 8000 München, DM 29,80

Selbstgespräche zu zweit. Variationen zu Charles Baudelaires „die Blumen des Bösen“, aphoristische Prosalyrik von Armin Jüngling. Die Variationen des Autors sind vielgestaltig, kritisch und regen zum Nachdenken an. — Verlag Th. Breit, 8215 Marquartstein, DM 12,—

Die dunkte Pforte. Gedichte von E. von Wicht. Es sind Gedichte, die sich mit unserem menschlichen Dasein beschäftigen und die uns eine Entspannung im Streß unserer Tage geben. — Hans Christians Verlag, 2000 Hamburg, DM 14,—

Freude ausverkauft? Alltagsgeschichte von Otto Moiz. Beim Autor ist die Freude niemals ausverkauft, seine Gedichte strahlen Freude aus und regen zum Schmunzeln an. — Broschliert beim Autor: Mitterfeldstraße 16, 8420 Kelheim

Ein Menschenleben von Erwin Stetter. Ort und Zeit der Handlung immer und jetzt. Eine wertvolle philosophische Dichtung über den Sinn unseres Lebens. — Leinen, Europäischer Verlag, Pramer-gasse 1, A-1090 Wien, DM 25,—

Geetammelte Werke von Robert Teischlinger. Medicynisches, Menschliches, Vlechereien, äußerst unseriöse cerebrale Excerptie. Ironische gelstvolle Gedichte auf die Schwächen unserer Zeit. — J. G. Bläschke Verlag, A-9143 St. Michael, DM 12,80

Dr. med. Robert Paschke, Emskirchen

Kongresse

Nephrologisches Seminar im Rahmen der „Klinischen Fortbildung in Bayern“

II. Medizinische Abteilung des Städtischen Krankenhauses München-Harlaching (Chefarzt: Professor Dr. H. Edel) am 12. Dezember 1981 in München

Themen: Diagnostisches Vorgehen beim pathologischen Harnbefund (einschließlich Indikationsstellung zur Nierenbiopsie) — Apparative Diagnostik bei nephrologischer Fragestellung: Sonographie-Röntgenuntersuchung — Nuklearmedizinische Nierendiagnostik — Distale Harnwegsinfektionen: Diagnostisches Vorgehen und Behandlung — Die ärztliche Betreuung des Patienten bei fortgeschrittener Niereninsuffizienz — Praktische Demonstrationen: Harnsedimentuntersuchung — Sonographie der Nieren — Klinische Falldemonstrationen — Dialyseabteilung

Beginn: 9 Uhr c. t. — Ende: ca. 13 Uhr
Ort: II. Medizinische Abteilung des Städtischen Krankenhauses München-Harlaching, Altbau, Sanatoriumsplatz 2, München 90

Auskunft:
II. Medizinische Abteilung des Städtischen Krankenhauses München-Harlaching, Sanatoriumsplatz 2, 8000 München 90, Telefon (0 89) 62 10-451 oder 452

6. Onkologisches Seminar für niedergelassene Ärzte am 9. Dezember 1981 in München

Veranstalter: Medizinische Klinik III der Universität München im Klinikum Großhadern (Direktor: Professor Dr. W. Wilmanns) gemeinsam mit dem Tumorzentrum München

Theme: Besprechung onkologischer Krankheitsbilder ambulanter Patienten in Praxis und Klinik mit Fallvorstellung
Beginn: 19.30 Uhr s. t. — Ende: 21.30 Uhr
Ort: Klinikum Großhadern der Universität München, Hörsaal VI, Marchloninistraße 15, München 70

Auskunft:
Privatdozent Dr. R. Hartenstein, Medizinische Klinik III der Universität München im Klinikum Großhadern, Marchloninistraße 15, 8000 München 70, Telefon (0 89) 70 95-31 55

16. Deutscher Krebskongreß vom 3. bis 6. März 1982 in München

Auskunft:
Professor Dr. A. Georgil, Medizinische Hochschule, Karl-Wiechert-Allee 9, 3000 Hannover 61, Telefon (05 11) 532-45 00

Kurs über transkutane elektrische Nervenstimulation bei chronischen Schmerzsyndromen

vom 10. bis 12. Dezember 1981 in München

Ort: Neurologische Klinik und Poliklinik der Technischen Universität München, Möhlstraße 28, München 80

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft:

Dr. med. M. Geßler, Schmerzambulanz der Neurologischen Klinik und Poliklinik der Technischen Universität München, Möhlstraße 28, 8000 München 80, Telefon (0 89) 98 25 61 App. 86

Tagung der Münchener Ophthalmologischen Gesellschaft am 12. Dezember 1981 in München

Leitung: Professor Dr. O.-E. Lund, München

Ort: Augenklinik der Universität München, Mathildenstraße 8, München 2

Auskunft:

Sekretariat Professor Dr. O.-E. Lund, Augenklinik der Universität München, Mathildenstraße 8, 8000 München 2, Telefon (0 89) 51 60-38 01

Kolloquium des Instituts und der Poliklinik für Arbeitsmedizin der Universität München

gemeinsam mit dem Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e. V., Landesverband Südbayern

Donnerstag, 21. Januar 1982

Thema: Überwachungspflichtige Arbeitsplätze aus betriebsärztlicher Sicht (Dr. W. Korb, Betriebsarzt der Siemens AG, Zweigbereich Hofmannstraße) — Diskussion

Zeit und Ort: 18.15 Uhr — Kleiner Hörsaal der Medizinischen Universitätsklinik Innenstadt, Ziemssenstraße 1/II, Zimmer 251, 8000 München 2

Rheumatologisches Fortbildungseminar für Krankengymnastik und Ergotherapie

vom 27. Februar bis 7. März 1982 in Bad Abbach

Veranstalter: Fortbildungsakademie des Standing Committee „Education“ der Europäischen Rheuma-Liga im Rheuma-Zentrum Bad Abbach

Leitung: Professor Dr. H. Mathies, Bad Abbach

Auskunft:

Fortbildungsakademie des Standing Committee „Education“ der Europäischen Rheuma-Liga, Rheuma Zentrum, I. Medizinische Klinik, 8403 Bad Abbach, Telefon (0 94 05) 1 82 68

VI. Interdisziplinäres Forum „Fortschritt und Fortbildung in der Medizin“

vom 13. bis 16. Januar 1982 in Köln

Leitung: Dr. Vilmar, Professor Dr. Wolff, Dr. Lippross, Professor Dr. Loew, Dr. Loch, Dr. Odenbech

Veranstalter:

Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern)

Mittwoch, 13. Januar 1982

Eröffnung des VI. Interdisziplinären Forums „Fortschritt und Fortbildung in der Medizin“ durch den Präsidenten der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages, Dr. K. Vilmar, Bremen

Referat: „Immunprofil der Lebensalter“
Professor Dr. J. R. Kalden, Erlangen

Thema f: Immunsuppression als Therapie
Moderator: Professor Dr. H. Deicher, Hannover

Verleihung des Fortbildungsfilmpreises 1981 der Bundesärztekammer durch den Vorsitzenden des Ausschusses „Film in der ärztlichen Fortbildung“ der Bundesärztekammer, Professor Dr. W. Kreienberg, Kaiserslautern, anschließend Durchführung des mit dem Fortbildungsfilmpreis ausgezeichneten Films

Donnerstag, 14. Januar 1982

Thema II: Immunsuppression als Nebeneffekt
Moderator: Professor Dr. E. Mecher, Münster

Thema III: Leukämie im Kindesalter
Moderator: Professor Dr. F. Lempert, Gießen

Thema IV: Rationelle Pharmakotherapie in der Gastroenterologie
Moderator: Professor Dr. W. Döller, Tübingen

Freitag, 15. Januar 1982

Thema V: Chronische Schmerzzustände: ein interdisziplinäres Problem
Moderator: Professor Dr. W. Scheid, Köln

Thema VI: Plasma und Blutersatzmittel
Moderator: Primarius Professor Dr. H. Bergmann, Linz

Samstag, 16. Januar 1982

Thema VII: Gesundheitliche Vorteile und Risiken des modernen Freizeitsports
Moderator: Professor Dr. W. Hoilmann, Köln

— jeweils Diskussion —

Aufgabe des Forums ist, wesentliche Neuerkenntnisse aus den verschiedenen Disziplinen darzustellen und deren Bedeutung für den ärztlichen Alltag in Praxis und Krankenhaus zu diskutieren. Beraten wird, welche dieser Erkenntnisse so schnell wie möglich über die ärztliche Fortbildung weitergegeben werden sollten.

Auskunft:

Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, Haedenkampstraße 1, 5000 Köln 41, Telefon (02 21) 40 04-233, 234 und 235

32. Lindauer Psychotherapiewochen 1982

vom 19. April bis 1. Mai 1982 in Lindau

Leitung: Dr. P. Buchheim, H. Remmler, Dr. T. Selfert

Leitthema: Junge Generation und Psychotherapie heute — Herausforderung und Antwort (Einführung in die Tiefenpsychologie II — Familiendynamische Aspekte bei der Entstehung von psychosomatischen Erkrankungen im Jugendalter — Die Bedeutung des Symbols im analytischen Heilungsprozeß — Jugendprobleme, Elternprobleme: zwei Welten oder Variationen zum gleichen Thema? — Die Bedeutung der Trauer im therapeutischen Prozeß — Das psychoanalytische Instanzenmodell und die Abwehrlehre — Grundzüge der psychosomatischen Medizin — Wie Mann und Frau im Märchen miteinander umgehen — Jeder ist (s)eine Variante des Daseins — Plädoyer für ein neues Menschenbild — Meditation

Es werden etwa 150 Seminare, Kurse und Übungen zur psychotherapeutischen Fort- und Weiterbildung durchgeführt. Für die Teilnahme ist eine vorherige Anmeldung erforderlich.

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat der Lindauer Psychotherapiewochen, Orlandostraße 8/IV, 8000 München 2, Telefon (0 89) 29 25 22

Fortbildungsveranstaltungen der Bundesärztekammer 1982

13. bis 16. Januar 1982 in Köln:

VI. Interdisziplinäres Forum „Fortschritt und Fortbildung in der Medizin“

7. bis 20. März 1982 in Badgastein:

XXVII. Internationaler Fortbildungskongreß

8. bis 20. März 1982 in Davos:

XXX. Internationaler Fortbildungskongreß

5. bis 17. April 1982 in Meran:

XIV. Internationaler Seminarkongreß für praktische Medizin

31. Mai bis 12. Juni 1982 in Gredos:

XXX. Internationaler Fortbildungskongreß

26. Juli bis 7. August 1982 in Davos:

XII. Internationaler Seminarkongreß für praktische Medizin

22. August bis 4. September 1982 in Gredos:

XVI. Internationaler Seminarkongreß für praktische Medizin

30. August bis 11. September 1982 in Meran:

XXX. Internationaler Fortbildungskongreß

24. bis 26. September 1982 in Augsburg:

XI. Zentralkongreß für Medizinische Assistenzberufe (in zeitlichem und räumlichem Zusammenhang mit dem 70. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin)

Auskunft und Anmeldung:

Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, Haedenkampstraße 1, 5000 Köln 41, Telefon (02 21) 40 04 - 233, 234 und 235

Notfall- und Katastrophenmedizin 1982

Neunteiliges Fortbildungsseminar für die Ärzte Bayerns und die Sanitätsoffiziere der Bundeswehr

Ort: Auditorium maximum der Sanitätsakademie der Bundeswehr, Neuhaiburgstraße 11, München 45 – Zeit: jeweils Mittwochnachmittag 15 s. t. bis 18 Uhr

Teilnahme nur nach Anmeldung bei der Bayerischen Landesärztekammer möglich:
 schriftlich Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, telefonisch unter (0 89) 41 47-287 – Frau Urban/Frau Krönauer

Datum	Thema	Referent
27. Januar	Katastrophen im Bewußtsein der Menschheit Die Katastrophen von Hiroshima und Nagasaki aus medizinischer Sicht Moderne Methoden einfacher Behandlung von Verbrennungskrankheiten beim Massenansturm	Professor Dr. Dr. h. c. H. Goerka, München Professor Dr. O. Messerschmidt, München Privatdozent Dr. R. Hettich, Tübingen
17. Februar	Erste ärztliche Maßnahmen beim Strahlenunfall Ärztliche Betreuung der Bevölkerung nach einem Reaktorunfall Diagnose und Therapie von Strahlenschäden	Dr. K. Niklas, München Dr. B. Betz, München Professor Dr. F. E. Stieva, München
24. März	Schock (Einführung und Film) Triage (Grundlagen und Übung) Sanitätsdienstliche Katastrophenschutzkenntnisse in der US-Army Europe	Dr. G. Schnells, Wuppertal Dr. Chr. Biesing, Ertstadt Colonel A. Hitzelberger, MD, Landstuhl
28. April	Erste ärztliche Maßnahmen beim Massenansturm Notversorgung bei Verletzungen – der Bauchhöhle – des Brustkorbes	Dr. E. W. W. Wischhöler, München OTA Professor Dr. W. Hartel, Ulm Professor Dr. F. Spelsberg, München
12. Mai	Aspekte der Katastrophenmedizin im Bereich der Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgie Prioritäten und Maßnahmen bei Gesichtsschädelverletzungen unter Berücksichtigung einer Katastrophensituation Neurochirurgische Verletzungen	OTA Dr. U. Hammer, Hamburg GA Professor Dr. Dr. F. Gärtner, Koblenz OFA Professor Dr. P. Oldenkott, Ulm
29. September	Was kann die Ärzteschaft zum Katastrophenschutz beitragen? Katastrophen in Industriebetrieben und Schutzmaßnahmen a) Audi-NSU b) Esso AG Notfall-Katastrophenorganisation als betriebsärztliche Aufgabe unter Berücksichtigung gewerblicher Intoxikation	Dr. H. Mutschler, Aalen Dr. R. E. Tiller, Ingolstadt Dr. P. Landers, Hamburg Dr. W. Korb, Siemens, München
27. Oktober	Therapeutische Maßnahmen im Notfall-einsatz und der Notfallkoffer Katastrophenschutz-einsatzplanung und Einsatzsteuerung in München Podiumsdiskussion: Katastrophenmedizin (mit Vertretern der Deutschen Gesellschaft für Katastrophenmedizin)	Dr. P.-S. Kampschulte, München Oberbranddirektor Dipl.-Ing. K. Saegerer, München Professor Dr. K. Pater, München
10. November	Die militär-strategische Konzeption der Bundeswehr und ihre Folgerung für den Sanitätsdienst Planung des Sanitätsdienstes der Bundeswehr im Verteidigungsfall	OFA W. Gebauer, SanAK, München GStA Dr. H. J. Linde, Bonn
8. Dezember	Die Katastropheneinsatzleitung durch das Landratsamt Unterstellung und Zusammenarbeit des Rettungsdienstes mit der Katastropheneinsatzleitung und einer örtlichen Einsatzleitung am Schadensort im Katastrophenfall Vorstellung von Alarmplänen	Branddirektor H.-J. Penndorf, München NN Ltd. Stadtdirektor F. Kroll, Ingolstadt

Die Sterbefälle nach Todesursachen in Bayern im 2. Vierteljahr 1981

Nr. der ICD 1979 ¹⁾	Todesursachen	Sterbetfälle		
		1980		1981
		Vierteljahresdurchschnitt	2. Vierteljahr	
001-139	Intektiöse und parasitäre Krenkheiten darunter	233	237	181
011-018, 137	Tuberkulose insgesamt	115	116	96
140-199	Bösartige Neubildungen darunter	6 384	6 227	6 309
151	des Magens	1 024	1 042	1 016
153, 154	des Dickderms und des Mastderms	986	941	881
160-163	der Atmungsorgane	941	961	963
174	der weiblichen Brustdrüse	513	470	512
179-182	der Gebärmutter	222	212	220
185	der Prostata	330	335	333
200-208	Bösartige Neubildungen des lymphetischen und hämatopoetischen Gewebes	406	397	417
210-239	Gutartige Neubildungen, Carcinome in situ, Neubildungen unsicheren Verhaltens, Neubildungen unbekanntem Cherekters	441	414	407
240-279	Endokrinopathien, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, Störungen des Immunitätssystems darunter	923	920	880
250	Diabetes mellitus	785	779	757
280-289	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	77	65	65
290-389	Psychietrische Krankheiten, Krenkheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	488	462	534
390-459	Krankheiten des Kreislautesystems darunter	14 657	14 538	14 734
410	akuter Myokardinterkt	3 121	3 168	3 038
411-414	sonstige ischämische Herzkrenkheiten	1 608	1 581	1 748
426, 427	Herz-Reizleitungs- und -Rhythmusstörungen	342	339	280
428, 429	Herzinsuffizienz und mangelhaft bezeichnete Herzkrenkheiten	3 034	3 015	3 299
430-438	Krankheiten des zerebrovaskulären Systems	4 476	4 418	4 463
460-519	Krankheiten der Atmungsorgane darunter	1 921	1 882	1 851
480-486	Pneumonie	727	698	615
487	Grippe	26	22	25
466, 490, 491	Bronchitis	560	541	591
520-579	Krenkheiten der Verdauungsorgane darunter	1 640	1 612	1 588
531, 532	Megen- und Zwölltingerdarmgeschwür	163	172	130
560	Darmverschluß ohne Angabe eines Eingeweidebruchs	79	72	60
571.2, .5, .6	Leberzirrhose	600	585	643
570, R. v. 571 u. 572-576	sonstige Krankheiten der Leber, Gallenblase und Gallengänge	328	335	298
580-629	Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane darunter	584	571	548
580-583, 587	Nephritis, nephrotisches Syndrom und Schrumpfniere	51	49	55
630-676	Komplikationen der Schwengerschaft, bei Entbindung und im Wochenbett	7	5	6
680-739	Krankheiten der Haut, des Unterhautzellgewebes, des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes	146	137	142
740-759	Kongenitale Anomalien	132	129	135
760-779	Bestimmte Schädigungen, die ihren Ursprung in der Perinatalzeit haben	178	179	161
780-799	Symptome und mangelhaft bezeichnete Todesursachen	391	396	284
E800-E949	Unfälle darunter	1 492	1 592	1 497
E810-E825	Kraftfahrzeugunfälle innerhalb und außerhalb des Verkehrs	739	834	729
E850-E869	Vergiftungen	12	11	7
E880-E888	Unfälle durch Sturz	503	501	530
E950-E959	Selbstmord und Selbstbeschädigung	560	607	669
E960-E999	Mord, Totschlag und sonstige Gewelteinwirkungen	57	47	46
	Sterbetfälle insgesamt	30 715	30 417	30 454

¹⁾ ICD: Internationale Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen.

Mitteilung des Bayerischen Statistischen Landesamts aus den Ergebnissen der Todesursachenstatistik. Diese stützt sich auf die Angaben über die Todesursache, die der Leichenschauerzt in der Todesbescheinigung macht. Aus ihnen wird nach von der Weltgesundheitsorganisation empfohlenen Regeln das sogenannte Grundleiden, das am Beginn einer zum Tode führenden „Kausalkette“ steht, berücksichtigt.

Spekulation mit Zittereffekt oder Geld auf Nummer Sicher

Die Zinsen sind gesunken. Alle Versuche, eine Fortsetzung der Zinssermäßigung herbeizureden, werden scheitern. Versuchen Sie also nicht, irgend etwas abwarten zu wollen. Eher ist noch ein Zinsschlenker aufwärts möglich, als eine weitere entscheidende Abschwächung denkbar.

Na, schön, in den USA bröckelt die Prime rate weiter, ab. Das ist der Zinssatz, den Banken von erstklassigen Kreditnehmern verlangen, ein Leitzins. Ein Leitzins, aber keine Richtschnur auf längere Deuer. Immerhin hat sich dieser Zinssatz in diesem Jahr schon etwa sechzigmal verändert, mal rauf, runter, wieder rauf und so weiter.

Inzwischen hat man sich daher auch an den Börsen allmählich abgewöhnt, dem Leitzins die Bedeutung wie früher zuzumessen. Bevor man daraus Folgerungen zu Ende gezogen hatte, hat sich dieser Zinssatz schon wieder gedreht.

Fraglos war der deutsche monatelang an den amerikanischen Zinssatz gekoppelt. Geld sucht international besonders deutlich immer den höchsten Ertrag, und den boten eben Monate hindurch die USA. Daher kauften auch viele deutsche Anleger festverzinsliche Wertpapiere der Vereinigten Staaten. Also mußten wir mit dem Zins nachziehen, damit nicht noch mehr DM in den Dollar abwanderten.

Wer Pech hatte, setzte dennoch zu. Seine Spekulation ging nicht auf, wenn er zur Anlage in den USA den Dollar zu einem hohen Kurs gekauft hatte und ihn nun zu einem erheblich niedrigeren wieder in DM wechselt. Dann kann der Währungsverlust nicht nur die Zinsspitze, sondern die ganzen Zinsen kosten.

Dagegen dürfte sich der Zinssatz in Deutschland in absehbarer Zeit kaum vermindern. Dagegen sprechen die Rekordhöhen-Staatsschulden, die im nächsten Jahr um mindestens weitere über 26 Milliarden DM aufgestockt, statt verringert werden. Im Gegenteil werden wir wegen der hohen Arbeitslosenzahl und den Steuerausfällen wegen des schwachen Wachstums bis zu sechs Milliarden DM mehr im Jahr 1982 brechen, als bisher geplant. Allein einhunderttausend Arbeitslose mehr belasten den Staats-

haushalt mit weiteren 1,3 Milliarden DM im Jahr.

Wenn dieser Mehraufwand aus den Steuerzahlern zusätzlich herausgequetscht werden soll, bleibt ihnen weniger Geld zur Rücklage. Ein vermindertes Geldangebot erhöht den Preis fürs Geld, den Zins. Und wie gehabt, wird der Bund mit den Angeboten nur so klotzen, wenn er Geld braucht, also höhere Zinsen als andere bieten, um dazu zu kommen. Ein unangenehmer Konkurrent auf dem Kapitalmarkt, weil er im Gegensatz zu den anderen Marktteilnehmern wie beispielsweise Hypothekenbanken zinsunempfindlich ist.

Der Staat muß nämlich nicht erfolgreich wirtschaften, um Zinsen und Schulden zu zahlen, sondern zieht die Steuerzahler dazu heran. Daher diese Zinsrobustheit.

Hohes Zinsniveau — magerer Aktienmarkt. Wenn die Rentenpepiere höhere Renditen als die Anteilpepiere an der Wirtschaft bieten, orientiert man sich eben nach dem höchsten Ertrag. Freilich können Sie in solchen Situationen Aktien günstig erwerben. Und wenn Sie sie in Ruhe liegenzulassen vermögen, denn tun Sie es überlegt auswählend. Sie müssen auf den Erfolg eben lange warten können.

Untertassen Sie aber bitte Spekulationen mit hohen Zinsen auf Auslandsparkonten, denn dadurch hat so mancher trotz der Erträge wegen Wechselkursveränderungen verloren. Und Goldkauf ist in dieser Zeit trotz des niedrigen Goldpreises auch fragwürdig. Viele setzen auf festverzinsliche Renditen anstelle auf ertragsloses Edelmetall.

Interessanter ist jetzt sicherlich der Immobilienkauf. Die Preise stagnieren und sinken sogar in einigen Gegenden. Sobald die Baupreise anzuliegen, wird es mit jenen Gelegenheiten vorbei sein. Finanzieren Sie aber anfangs mit festen Zinsen nur auf wenige Jahre, denn in späterer Zeit ist eine weitere Zinssenkung natürlich möglich.

Als Sparer sollten Sie sich hochverzinslichen, abgezinnten Sparbriefen zuwenden. Ich schrieb Ihnen kürzlich, warum, und daran hat sich noch nichts geändert.

Horst Beloch

Rütli '81

So weit ist es gekommen. Die Heilberufe und die gesetzliche Krankenversicherung müssen ihr urelt verbrieftes Recht auf Selbstverwaltung und eigene Entscheidungen in ihrem Bereich gegen die Exekutive verteidigen.

In Bayern haben sie glücklicherweise erkannt, daß sie an einem Strick ziehen müssen, damit ihnen nicht ein anderer gedreht wird.

Es klingt wie ein moderner Rütli Schwur, wes die Repräsentanten der Heilberufe und der gesetzlichen Krankenversicherung im Freistaat unterschrieben haben, das Bekenntnis zur Kooperation auch in der Abwehr unzulässiger Staats-Eingriffe in ihre Aktivitäten.

Indes bleibt es wirkungsloses Papier, wenn nicht jeder einzelne Angehörige dieser Berufe und Institutionen seine Haltungen und seine Haltung im Verkehr untereinander unter diesen Leitgedanken stellt. Dazu gehört auch, keine Angriffspunkte zu bieten.

Nur wenn die Partner nach der RVO ihre Souveränität zu behaupten vermögen, werden weitere Angriffe auf sie und Versuche der Eingriffe in ihre Rechte eingestellt werden, weil sich schließlich alles totläutet, was als sinnlos erkannt werden muß — und sei es gegen die eigenen Intentionen.

Der Ausgang ist der Prüfstein der Taten.

Prosper

Kurz über Geld

NEUE BAUSPARVERTRAGS-Systeme sollten vor Abschluß sehr kritisch auf die individuelle Eignung beurteilt werden.

TÜRKISCHE SEIDENTEPPICH-Importe kosten gegenüber 1980 etwa 25 bis 50 Prozent weniger — solange noch Tiefstand des türkischen Pfund anhält.

SPAR-PRÄMIEN für Jedermann bis zu 14 und 16 Prozent nach sieben Jahren bringen höheren Ertrag lediglich für Monatssparreihen unter 100 DM.

BIS 15 000 DM DARLEHEN von der Bausparkasse seit kurzem ohne Grundbucheintreibung.

FLUGPREISE STEIGEN innerhalb Europas um drei Prozent vom 1. Januar 1982 an.

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im September 1981*)
(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Die Meldungen von Salmonellose-Erkrankungen nehmen auch im September nicht zu; die auf 100 000 Einwohner bezogene und auf ein Jahr umgerechnete Erkrankungsziffer betrug wie im August 93 Fälle. Im September vorigen Jahres hatte diese Ziffer dagegen das Jahres-

maximum mit 136 Erkrankungen je 100 000 Einwohner erreicht.

Auch die Erkrankungshäufigkeit an Virushepatitis blieb gegenüber dem Vormonat unverändert, nämlich 18 Fälle je 100 000 Einwohner.

Die Erkrankungsziffer an Meningitis/Enzephalitis ging im September zurück, und zwar von 20 im August auf 14, jeweils auf 100 000 Einwohner bezogen.

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 31. August bis 27. September 1981 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	Meningitis/Enzephalitis								Enteritis infectiosa				Virushepatitis					
	Meningokokken-Meningitis		andere bakterielle Meningitiden		Virus-Meningo-enzephalitis		übrige Formen		Salmonellose		übrige Formen ¹⁾		Hepatitis A		Hepatitis B		nicht bestimm- bare und übrige Formen	
	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St
	1		2		3		4		5		6		7		8		9	
Oberbayern	3	—	4	—	13	—	6	—	298	1	3	—	22	—	22	—	9	1
Niederbayern	7	—	4	—	1	—	3	—	75	—	—	—	3	—	4	—	4	—
Oberpfalz	—	—	5	—	2	—	7	—	64	—	1	—	3	—	5	—	6	—
Oberfranken	4	—	12	1	1	—	6	—	61	—	3	—	9	—	3	—	3	—
Mittelfranken	—	—	7	1	—	—	1	—	102	2	5	—	6	—	14	—	4	1
Unterfranken	1	—	4	—	3	—	3	—	84	—	15	—	5	—	4	—	—	—
Schwaben	5	—	4	—	7	—	4	—	96	—	8	—	10	—	10	—	4	—
Bayern	20	—	40	2	27	—	30	—	780	3	35	—	58	—	62	—	30	2
Vormonat	25	1	67	2	40	—	81	—	972	3	56	—	74	—	97	2	21	—
München	—	—	1	—	10	—	—	—	96	—	1	—	15	—	9	—	4	1
Nürnberg	—	—	2	—	—	—	—	—	27	1	1	—	4	—	5	—	1	—
Augsburg	—	—	—	—	—	—	1	—	15	—	—	—	3	—	4	—	1	—
Regensburg	—	—	—	—	—	—	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	—	—	—	—	—	—	11	—	1	—	—	—	1	—	—	—
Fürth	—	—	—	—	—	—	—	—	15	—	—	—	—	—	2	—	1	—
Erlangen	—	—	—	—	—	—	—	—	5	—	—	—	—	—	2	—	—	—

Gebiet	Typhus abdominalis		Paratyphus A, B und C		Shigellenruhr		Malaria		Ornithose		Angeb. Toxoplasmose		Leptospirose		O Fieber		Trachom		Tollwutverdacht ²⁾			
	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St		
	10		11		12		13		14		15		16		17		18		19		20	
	Oberbayern	5	—	—	—	64	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	27	
Niederbayern	—	—	—	—	3	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2		
Oberpfalz	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3		
Oberfranken	1	—	1	—	14	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	38		
Mittelfranken	—	—	1	—	21	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	10		
Unterfranken	—	—	1	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1		
Schwaben	1	—	1	—	27	—	1	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	158		
Bayern	7	—	4	—	136	—	6	—	3	—	1	—	1	—	1	—	2	—	—	239		
Vormonat	3	—	3	—	35	—	6	—	16	1	5	—	—	—	—	—	—	—	—	121		
München	2	—	—	—	33	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2		
Nürnberg	—	—	—	—	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6		
Augsburg	—	—	1	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2		
Regensburg	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
Würzburg	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
Fürth	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—		
Erlangen	—	—	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1		

*) Bericht des Bayerischen Statistischen Landesamtes

E = Erkrankungen, einschließlich der erst beim Tode bekanntgewordenen Krankheitsfälle, unter Ausschluß der Verdachtsfälle.
St = Sterbefälle.

1) Enteritis infectiosa übrige Formen, einschließlich mikrobiell bedingter Lebensmittelvergiftung.

2) Tollwutverdacht: Verletzung eines Menschen durch ein tollwutkrankes oder -verdächtiges Tier sowie die Berührung eines solchen Tieres oder Tierkörpers.

Schnell informiert

Bayerische Ärztavarsorgung

Der Bericht der Bayerischen Ärzteversorgung über das Geschäftsjahr 1980 sowie der Rechnungsabschluß 1980 wurde vom Landeseusschuß des Versorgungswerkes in seiner Sitzung am 3. Oktober 1981 eustührlich diskutiert und entgegenommen.

Ein Exemplar des Geschäftsberichtes wird aut Wunsch jedem Mitglied gerne übersandt.

Postanschrift: Postfach, 8000 München 22

Vertretung des Strahlenschutzverantwortlichen bzw. Strahlenschutzbeauftragten

Vollzug der Strahlenschutzverordnung (StrlSchV)

Das Bayerische Landesamt für Umweltschutz teilt mit:

„Der Strahlenschutzverantwortliche, der selbst radioaktive Stoffe anwendet, muß für den Fall seiner Abwesenheit seine Vertretung regeln. Der zum stellvertretenden Strahlenschutzbeauftragten bestellte Arzt hat den Nachweis der erforderlichen Fachkunde durch eine Bescheinigung der Bayerischen Landesärztekammer bzw. einer anderen im Geltungsbereich der StrlSchV anerkannten institution dem Bayerischen Landesamt für Umweltschutz (LfU) vorzulegen, damit seine behördliche Anerkennung möglich ist. Es ist demnach nicht gestattet, daß sich ein Inhaber einer Praxis mit einer nuklearmedizinischen Abteilung in Urlaub bzw. im Krankheitsfalle z. B. von einem Internisten vertreten läßt, der nicht die erforderliche Fachkunde besitzt. In einem Krankenhaus muß z. B. während der Kongreßreise des fachkundigen leitenden Arztes der nuklearmedizinischen Abteilung ein weiterer entsprechend fachkundiger Arzt zur Verfügung stehen, der als stellvertretender Strahlenschutzbeauftragter behördlich anerkannt sein muß.

In solchen Fällen, in denen keine Vertretungsregelungen getroffen sind, werden die Bußgeldvorschriften des § 81 StrlSchV anzuwenden sein.“

„Sektion Lymphologia“ gegründet

In der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie und Proktologie ist eine „Sektion Lymphologie“ gegründet worden. Interessierte Ärzte können sich an Professor Dr. M. Földi, Haslachstraße 1, 7821 Feldberg-Falkau 1, wenden.

100 Jahre Deutsche Ärzteversicherung

Die Deutsche Ärzteversicherung (DÄV), Berlin-Köln, Spezialist in Fragen der Alters-, Invaliditäts- und Hinterbliebenenvorsorge für die Angehörigen der akademischen Heilberufe, konnte vor kurzem ihr 100jähriges Jubiläum begehen. Sie wurde 1881 als „Centralhiltskasse für die Ärzte Deutschlands“ — u. e. von dem späteren Nobelpreisträger Dr. Robert Koch — gegründet. 1925 dehnte sie ihre Leistungen auf Zahn- und Tierärzte und 1930 auch auf Apotheker aus. Im Jahr 1928 nahm die Gesellschaft den Namen „Deutsche Ärzteversicherung“ an und 1956 suchte und fand sie Anlehnung an die heutige Colonia Lebensversicherung AG, Köln, als deren Zweigniederlassung sie innerhalb der Colonia-Gruppe das Heilberufe-Geschäft weitertührte und führt.

Krankengymnastik und Kostendämpfung — kein Widerspruch

Auf einer überregionalen Fachtagung in München befaßte sich der Deutsche Verband für Physiotherapie und der Zentralverband der Krankengymnasten, Landesgruppe Bayern, mit den Themen, die sich durch das Kostendämpfungsgesetz und weitere Vorhaben für diesen Bereich des Heilwesens ergeben. Es wurde diskutiert, wie einerseits sowohl die Ausgaben der Krankenkassen vertretbar bleiben und andererseits aber die notwendige qualifizierte Versorgung und Behandlung der Patienten gewährleistet werden. Ein Abschneiden der „Spitze des Eisberges“ komme diesem Ziel nicht näher. Statt dessen soll, wie der „Bayern-Vertrag“ vorzeichnet, angestrebt werden, die vorhandenen Mittel noch zweckmäßiger einzusetzen. Die Krankengymnasten sehen in einer vermehrten Leistungsübernahme — gegebenenfalls unter Anpassung des Leistungsverzeichnisses — einen merklichen Spareffekt: u. e. weil z. B. Einweisungen in Krankenhäuser zum Teil vermieden werden können; die Liegedauer in den Krankenhäusern verkürzt werden kann (Hausbehandlung); die Wiedereingliederung in den Arbeitsprozeß beschleunigt werden kann; „Kuren“ können zum Teil am Wohnort durchgeführt und dadurch Kuraufenthalte vermieden werden.

Dies wird jedoch nur möglich, wenn die krankengymnastischen Leistungen angemessen honoriert werden.

Voraussetzung für den verbesserten Einsatz der Krankengymnastik ist eine engere Kooperation zwischen Ärzten und Krankengymnasten und eine bessere Unterrichtung der Bevölkerung über Art und Wirkungsmöglichkeiten der krankengymnastischen Therapie.

„Check-Liste für Ärzte“ neu aufgelagt

Die Deutsche Ärzteversicherung, Berlin-Köln, hat vor kurzem diese überarbeitete und verbesserte Broschüre herausgegeben. Sie gibt u. e. darüber Auskunft, welche Voraussetzungen für die Niederlassung eines Kassenarztes erfüllt sein müssen und welche sonstigen Formalitäten bei der Niederlassung zu beachten sind. — Die Broschüre kann kostenlos von der Deutschen Ärzteversicherung, Auf dem Hunnenrücken 7, 5000 Köln 1, bezogen werden.

Broschüre: Depressive Zustände — Diagnose und Therapie

In der „Praxisreihe Sandoz“ ist vor kurzem diese Broschüre von Dr. Dr. M. Lindner, Nürnberg, erschienen. Sie wird durch die Außendienstmitarbeiter an Ärzte abgegeben.

Broschüre: Lipide — Lipoproteine — Hyperlipidämien

Mit dieser wissenschaftlichen Dokumentation legt die Fa. Merz & Co., Frankfurt, eine Darstellung des sehr komplexen Themenkreises vor. Sie faßt den zur Zeit aktuellen und gesicherten Wissensstand dieses wichtigen Risikofaktors zusammen. — Der Band wird auf Antorderung kostenlos versandt.

Broschüre: Guter Rat bei Venenleiden

Dieses ansprechend illustrierte Heft der Fa. Zyma Arzneimittel GmbH, München, informiert sachlich und leicht verständlich über Venenleiden sowie über Maßnahmen, mit denen der Patient die Therapie unterstützen kann. — Die Broschüre kann kostenlos angefordert werden.

Buchbesprechungen

Ärztlicher Rat bei Erkrankungen der weiblichen Brust

Herausgeber: Priv.-Doz. Dr. V. Barth, 149 S., 32 Abb., kart., DM 16,80. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

Das vorliegende Büchlein ist, dem Titel entsprechend, ganz als ärztlicher Rat für die Frau gedacht. Es beginnt mit der detaillierten Untersuchungsmethode und erklärt Schwarz und gutartige Erkrankungen. Sämtliche Möglichkeiten der bösartigen Krankheiten werden ruhig und klar dargestellt, wobei insbesondere auf die verschiedenen Therapieformen eingegangen wird. Auch der ganz wesentlichen seelischen Führung der Patientin ist ein Kapitel gewidmet. Gymnastik, Lebensweise und Hinweise auf Selbsthilfgruppen und Lymphdrainage-Therapeuten runden die Abhandlung ab.

Wohl keine Fernsehsendung kann trotz der optischen Möglichkeiten die Erkrankung der weiblichen Brust so klar darstellen. Beim Lesen des flüssig geschriebenen Buches muß die interessierte Frau, mehr noch die erkrankte Patientin, das Gefühl erhalten, mit einem Arzt ihres Vertrauens über alle anfallenden Probleme sprechen zu können. Das Verhalten von Ruhe und Sachlichkeit ist nach Ansicht des Rezensenten das große Verdienst dieses Buches.

Dr. med. M. Hausei, Weiden

Kurzlehrbuch der Physiologie

Herausgeber: E. Burgis, 307 S., 104 Abb., 20 Tab., kart., DM 29,80 (Mengenpreis ab 20 Exempl.: DM 26,80). Verlag Müller & Steinicke, München.

Das Buch wendet sich zwar in erster Linie an MTA, aber bei dem Mangel an guten Lehrbüchern ist es genauso für unsere Arzthelferinnen brauchbar. Allerdings ist bei der Gewichtung der einzelnen Kapitel die ursprüngliche Zielrichtung deutlich erkennbar. — Die einzelnen Kapitel beginnen jeweils mit der Anatomie des Organsystems, so daß das Buch deutlich über seinen Titel hinausgeht, damit aber nicht an Kompaktheit verliert, sondern erst recht brauchbar für den Unterricht wird — und das für die Vorbereitungsarbeit der Lehrkräfte. Es ist übersichtlich gegliedert, gut verständlich und reichlich mit Zeichnungen und Tabellen ausgestattet.

Dr. med. J. Döcker, Unterhaching

Drogenrecht

Retgeber für die Praxis der Berater, Therapeuten und anderen Helfern in der Drogenarbeit

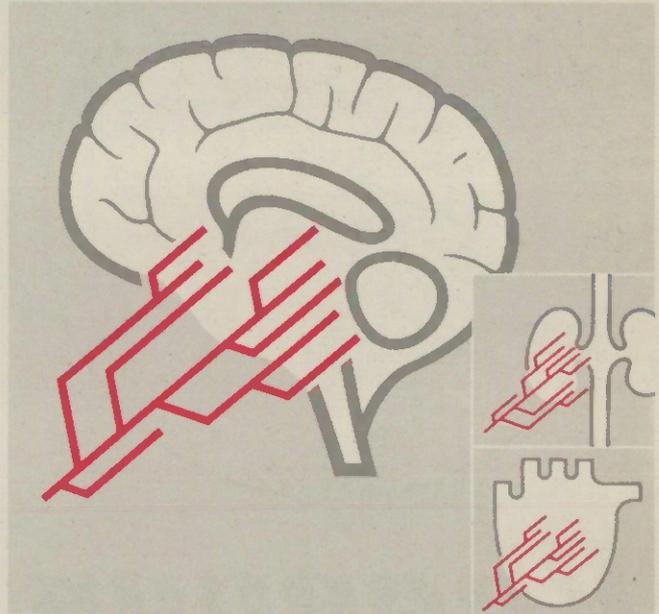
Verf.: A. Eberth, 116 S., kart., DM 9,80, J. Schweitzer Verlag, München.

Neben dem ab 1. Januar 1982 in Kraft tretenden Gesetz zur Neuordnung des Betäubungsmittelrechts sind in dem Buch die wichtigsten gesetzlichen Bestimmungen auszugsweise zusammengestellt, soweit sie für die Praxis von Bedeutung sind. Dies gilt sowohl für das Strafrecht, Bewährungsfragen, arbeitsrechtliche Probleme als auch für den Bereich Kostenübernahme. Zusätzlich enthält die Schrift Hinweise und Entscheidungen zu grundsätzlichen Fragen. — Die Zusammenstellung läßt einen mit der einschlägigen Materie in Theorie und Praxis vertrauten Autor erkennen.

Die bewährte Hochdruck-Therapie

Modenol®

senkt den erhöhten Blutdruck



schonend

von Beginn an, ohne die Durchblutung in gefährdeten Organbereichen zu vermindern

... und langanhaltend

Zusammensetzung: 1 Dragée Modenol enthält: Butid 3,3 mg, Reserpin 0,07 mg, Rascinnamin 0,07 mg, Raubasim 0,7 mg, Kaliumchlorid 330 mg

Indikation: Arterielle Hypertonie

Kontraindikationen: Anamnestisch bekannte oder manifeste Depressionen, Sulfonamid-Überempfindlichkeit, therapieresistente Hypokaliämie, Coma hepaticum sowie Niereninsuffizienz mit Anurie.

Nebenwirkungen: Vereinzelt auftretende Magenunverträglichkeit (Übelkeit, Erbrechen) kann durch Einnahme nach den Mahlzeiten meist vermieden werden. Reserpinbedingte Nebenwirkungen, wie unerwünscht starke Sedierung, depressive Verstimmung oder verstopfte Nase, kommen aufgrund der geringen Dosierung dieses Alkaloids nur ausnahmsweise vor. Orthostatische Störungen treten selten — und dann nur vorübergehend auf.

Wegen der Butid-Komponente können — wie bei allen saluretischen Präparaten — vereinzelt zu Kaliummangelerscheinungen sowie zu einer Erhöhung des Blutzuckers und der Blutharnsäure kommen. Bei Diabetes und bei Gicht ist deshalb eine häufigere Kontrolle der Stoffwechsellage angezeigt.

Wie bei jeder blutdrucksenkenden Therapie kann das Reaktionsvermögen — z. B. im Straßenverkehr — beeinträchtigt werden; und zwar vor allem dann, wenn zusätzliche Medikamente gegeben werden, die die blutdrucksenkende Wirkung verstärken können (z. B. Sedative, Narkotika, Vasodilatoren) oder bei gleichzeitigem Alkoholgenuß. Bei Anwendung von Modenol gegen Ende der Schwangerschaft und während der Stillzeit kann es zu einer Schwellung der Nasenschleimhaut des Neugeborenen und dadurch zur Behinderung

der Atmung kommen. Rückenlage des Neugeborenen sollte deshalb vermieden und die Schwellung der Nasenschleimhaut mit abschwellenden Nasentropfen (für Säuglinge) behandelt werden.

Hinweise: Bei Patienten mit fortgeschrittener Niereninsuffizienz, schwerer Zerebral- und Koronarsklerose kann eine Blutdrucksenkung versucht werden, wenn diese allmählich und unter sorgfältiger Überwachung erfolgt. Bei eingeschränkter Nierenfunktion müssen die harnpflichtigen Stoffe im Serum laufend kontrolliert werden (z. B. mit Test-Combinationen von Boehringer Mannheim: Creatinin und Harnstoff), da es zur Verstärkung einer Azotämie kommen kann.

Dosierung: Beginn der Therapie mit 1 Dragée täglich. Falls erforderlich, Steigerung auf 2-3 Dragées täglich. Für die Dauerbehandlung genügt in mehr als der Hälfte der Fälle 1 Dragée täglich.

Für Ihre Verordnung: OP mit 20 Dragées DM 8,95, OP mit 50 Dragées DM 20,05, OP mit 100 Dragées DM 35,65, AP mit 250 und 1000 Dragées.

Weitere Informationen enthält der wissenschaftliche Prospekt (z. Zt. gültige Auflage Aug. 1981). Auch informiert Sie gern unser Mitarbeiter im wissenschaftlichen Außendienst.



Boehringer Mannheim GmbH
6800 Mannheim 31

Ein Laxans. soll nur hier wirken

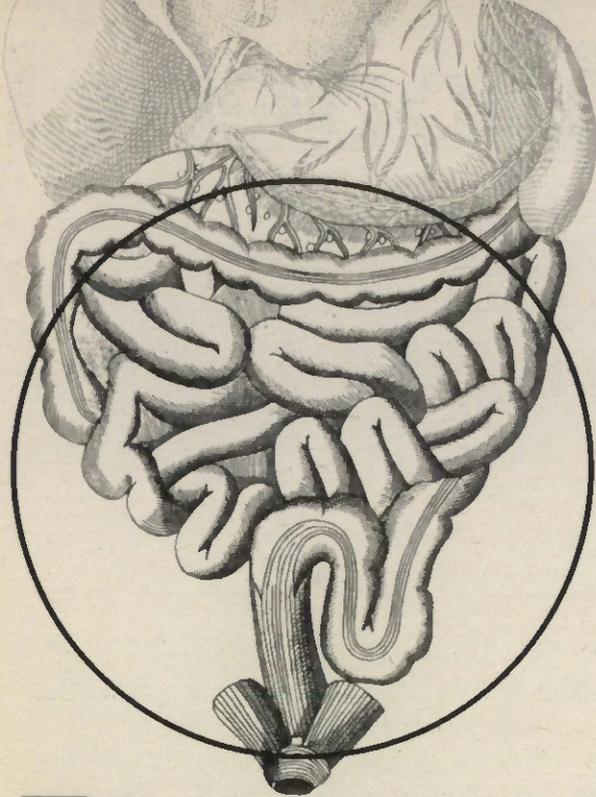


Abb. aus »Tabularum anatomicarum«, B. S. Albini und B. Eustachii, 1761.

Rheogen®

Rein pflanzliches Abführmittel
tut es!

Rheogen hilft zuverlässig bei allen Erkrankungen, bei denen eine Stuhlregulierung bzw. eine gründliche Darmentleerung erwünscht ist; bei langer Bettlägerigkeit, nach Operationen.

Rheogen reguliert den Stuhlgang bei akuter und chronischer Obstipation.

Rheogen eignet sich durch den Zusatz von Belladonna besonders bei spastischer Obstipation.

Rheogen wirkt auf Dün- und Dickdarm.

Leberschädigungen durch Rheogen sind nicht bekannt.

Zusammensetzung: 1 Dragee enthält Rhiz. Rhei 20 mg., Extr. Aloe (harzfrei) 80 mg., Extr. Colocynth. 8 mg., Extr. Belladonn. 4 mg.

Kontraindikationen: Ileus, Abortus imminens, Kontraind. der Tropa-Alkaloide.
Dosierung: Erwachsene ebends 1-3 Dragees; Kinder ab 6 Jahren 1-2 Dragees.



ROBUGEN GMBH · PHARMAZEUTISCHE FABRIK · ESSLINGEN/N

Handelsformen und Preise:
OP mit 30 Dragees DM 3,10
OP mit 75 Dragees DM 5,40
AP mit 250, 1000, 5000 Dragees

0 73182 0

Ergebnisse der Pädiatrischen Onkologie IV

Herausgeber: Prof. Dr. M. Herti/Prof. Dr. B. Kornhuber/Prof. Dr. G. Lendbeck, 78 S., zehlr. Abb., kart., DM 39,—. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.

Das vorliegende Heft über die Verhandlungen der Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie e. V. und der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Leukämieforschung und -behandlung im Kindesalter a. V. beinhaltet einen ersten Arbeitsbericht des Zentralen Tumorregisters bei der Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie e. V. — Zwei Arbeiten befassen sich mit den Ergebnissen der Behandlung bzw. der präoperativen Ultraschalluntersuchung von Wilms-Tumoren. Die akute lymphatische Leukämie nimmt einen breiteren Raum ein. Berichtet wird über das Auftreten von Leberzellkarzinomen nach ALL im Kindesalter, über die Hamburger ALL-Studie und über die Behandlung der ALL nach dem West-Berliner-Protokoll. Abschließend ist ein Bericht über die bisherige Tätigkeit der 1973 von John und Erika McDonald gegründeten Leukämie-Forschungshilfe wiedergegeben.

Dr. E. Richter, Würzburg

Die Wirbelsäule in der Arbeitsmedizin

Teil I: Biomechanische und biochemische Probleme der Wirbelsäulenbefestigung

Herausgeber: Prof. Dr. Dr. H. Junghanns, 182 S., 111 Abb., 9 Tab., Ganzleinen, DM 98,—.

Teil II: Einflüsse der Berufsarbeit auf die Wirbelsäule

Herausgeber: Prof. Dr. Dr. H. Junghanns, 396 S., 129 Abb. in 216 Einzeldarst., 60 Tab., Ganzleinen, DM 140,— (beide Bände kosten zusammen DM 210,—). Hippokrates Verlag, Stuttgart.

In den Bänden 78 und 79 der Reihe „Die Wirbelsäule in Forschung und Praxis“ werden besonders wichtige Probleme behandelt: im Teil I (Band 78) werden Funktionen der Wirbelsäule, ihre Biomechanik und biochemische Untersuchungsergebnisse dargestellt, zudem eine Übersicht gegeben über experimentelle Methoden sowie — besonders umfangreich — die Einflüsse von Vibrationen. — In dem umfangreicheren Teil II (Band 79) sind dann die Krankheiten der Wirbelsäule und ihre Beziehung zu verschiedenen Arbeitsbelastungen ausführlich und unter verschiedenen Gesichtspunkten erläutert, zwei Kapitel sind allein der Prognose bzw. der Vorbeugung, Behandlung und Wiedereingliederung gewidmet.

Wenn auch die Ausführlichkeit in zum Teil noch strittigen Gebieten zu etwas gewagten Annahmen zu verleiten scheint (der Einfluß von Vibrationen auf das Gehirn soll eine traumatische Neurose darstellen infolge diffuser kortikaler Einwirkung, vergleichbar mit der Zerebroasthenie oder der Zerebrodelesie), so sind aber doch wohl die beiden hervorregend ausgestatteten Bände als Nachschlagewerk für jeden unverzichtbar, der Wirbelsäulenerkrankungen bei Patienten oder in Gutachten beurteilen muß.

Dr. med. B. Kügelgen, Erlangen

Kalender 1982 aus dem Umschau Verlag

Auch dieses Jahr wird wieder ein weitgefaßtes Programm präsentiert. Die Formate reichen von der herausnehmbareren Postkarte bis hin zum Großkalender. — Auf eine Reihe besonders schöner Kalender sei hier hingewiesen:

Blumenkalender, DM 26,—

Veteranen der Schlene, DM 22,90

Der große ANDRES Deutschland-Kalender, DM 16,90

Die Alpen im Großbild, DM 16,80

Reisend Bayern, DM 13,90

Bunter Kalender — Pferde, DM 13,90

Schönhals- Wochenend-Seminare

Zum Thema:

**Wahrnehmungs- und Explorationstraining – der
Zugang zur psychischen Situation des Patienten**

I. Halbjahr 1982

6./ 7. Febr. – Bremen
27./28. Febr. – Bad Nauheim
13./14. März – Berlin
15./16. Mai – München

II. Halbjahr 1982

25./26. Sept. – Freiburg
23./24. Okt. – Berlin
6./ 7. Nov. – München
20./21. Nov. – Düsseldorf
4./ 5. Dez. – Nürnberg

An allen Veranstaltungsorten finden A, B, C und D-Kurse statt.

A-Programm Samstag:

- 9.00 Einführung in das Thema: Die Exploration in der ärztlichen Praxis*
- 9.50 Was erwartet der Patient von seinem Arzt? Diskussion über Erfahrungen und Probleme im Umgang mit psychischen Schwierigkeiten des Patienten
- 11.00 Grundzüge der Explorationsmethode
- 12.00 Wahrnehmungsübungen: Analyse der Signale im Patientenverhalten anhand von Video-Aufzeichnungen und Diskussion**
- 14.30 Die Selbstbeobachtung des Arztes als Informationsquelle und Explorations-Korrektur des eigenen Vorgehens
- 15.00 Wahrnehmungsübungen: Emotionale Anknüpfungspunkte in den Aussagen des Patienten – Patientenbeobachtung anhand von Video-Aufzeichnungen und Diskussion
- 17.45 Das Beispiel einer Patientenexploration – Kommentierung des Explorationsbeispiels durch den Explorator (Video-Aufzeichnung)

A-Programm Sonntag:

- 9.00 Regeln und Techniken der diagnostisch-therapeutischen Exploration
- 9.30 Praktische Anwendung der Explorationsregeln: Bearbeitung von Fallbeispielen durch die Gruppe
- 11.15 Training der Fragetechnik: Methodenübungen anhand der Video-Aufzeichnungen und Diskussion
- 14.30 Demonstration einer weiteren Patientenexploration und systematische Methodenübung anhand der Video-Aufzeichnungen
- 15.40 Die Anwendung der erarbeiteten Explorationsstechniken in der ärztlichen Praxis
- 16.40 Schlußdiskussion
- Ende gegen 18.00 Uhr

* Ein ausführliches schriftliches Begleitmaterial wird zur Verfügung gestellt.

** Video-Aufzeichnungen: Fallexplorationen und Kommentierungen durch Dr. M. Clyne, Prof. H. Kilian, Prof. Matussek, Dr. W. Meyer-Borchert.

Diese Seminare werden gesponsert von PHARMA-SCHWARZ GMBH, Monheim.

Cutane pereneoplastische Syndrome der Haut

Herausgeber: J. J. Herzberg, 186 S., 32 kol. Abb., kart., DM 34,-. perimed Fachbuch Verlagsgesellschaft mbH, Erlangen.

Kutane pereneoplastische Syndrome sind seit dem Beginn dieses Jahrhunderts bekannt, ohne daß ihre Pathomechanismen im einzelnen aufgeklärt wären. Bezeichnend hierfür ist die terminologische Konfusion in der Einteilung von „obligaten“ und „fakultativen“ Peraneoplasien. Eine Vielzahl von Hauterscheinungen sind – oft nur kasuistisch – im Zusammenhang mit Malignomen beschrieben worden. Es ist das Verdienst des Autors, hier in einer übersichtlichen Form und klaren Gliederung Ordnung in die Vielfalt der Erscheinungen zu bringen. Das Buch teilt sich in „sehr eng mit dem Malignom verbundene kutane Peraneoplasien“, „Paraneoplasien mit lockerer Bindung an das Malignom“ sowie seltene Syndrome. Mit anschaulichen Abbildungen versehen, ist das Buch nicht nur für Dermatologen lesenswert.

Privatdozent Dr. med. J. Ring, München

Augenärztliche Fortbildung

Jahreskurse für die praktische Augenheilkunde – Band 6, Teil 3

Herausgeber: Prof. Dr. H.-J. Merté, 145 S., 139 Abb., DM 40,-. Verlag Urban & Schwarzenberg, München.

Diese Serie wurde hier schon mehrfach empfohlen (vgl. *BeyAbh.* 2/1980, S. 204; 5/1981, S. 429). Aus der Fülle der Veröffentlichungen dieser drei Hefte sollen besonders die Arbeiten zu dem aktuellen Thema Datensichtgeräte hervorgehoben werden. Es werden die ergophthalmologischen Bestimmungen erörtert, ebenso wie die Aufgaben des Werkarztes und des Augenarztes bei der Einrichtung und dem Betrieb der Geräte. Dazu werden technische Fragen der unterschiedlichen Geräte besprochen. Ausführlich wird über die Versorgung traumatischer Katarakte bei Kindern mit intraokulären Linsen und in mehreren Arbeiten über die Fluoreszenzangiographie der Netzhaut berichtet.

Professor Dr. med. W. D. Schäfer, Würzburg

Anmeldungen:

An das Sekretariat der Schönhals-Wochenend-Seminare, 8000 München 80, Prinzregentenstraße 91
Telefon (0 89) 4 70 60 81

Eine vorherige Anmeldung ist wegen der begrenzten Teilnehmerzahl unbedingt erforderlich; Anmeldungen werden in der Reihenfolge ihres Eingangs berücksichtigt.

Teilnehmer:

Niedergelassene Allgemeinärzte, Ärzte für Innere Medizin, für Psychiatrie und für Gynäkologie, sowie Interessierte in der Praxis mitarbeitende Ehepartner.

Die Gesamteilnehmerzahl ist auf 60 Ärzte begrenzt. Die Aufteilung in vier Kleingruppen (jeweils höchstens 15 Teilnehmer mit je einem Gruppenleiter) ermöglicht eine aktive Beteiligung und intensive Bearbeitung der Themen.

Teilnahmegebühr:

DM 250,-; sie ist auf das Konto Nr. 689 3988 bei der Bayerischen Vereinsbank München (BLZ 700 202 70) einzubezahlen.

Medizinische Radiographie mit schnellen Neutronen

Herausgeber: Priv.-Doz. Dr. E. Dühmke, 156 S., 50 Abb., 3 Tab., kart., DM 48,-. Verlag Karl Thiemig, München.

Die Schwächung von Neutronen in biologischen Objekten folgt anderen physikalischen Gesetzen als die von Röntgenstrahlen, so daß die mitgeteilte neue radiographische Methode ein ergänzendes Verfahren zur Röntgenuntersuchung darstellt. Die physikalischen Grundlagen und des radiographische System werden eingehend beschrieben. An eutopisch gewonnenen, von einem malignen Tumor betroffenen menschlichen Wirbelsäulenpräparaten wird die Radiographie in menschlichen Körperpartien mit schnellen Neutronen näher dargelegt. Die radiographisch gewonnenen Bilder erweisen sich den röntgenographischen Bildern hinsichtlich des Kontrastes als ebenbürtig. Der Verfasser sieht besonders eine Möglichkeit der medizinischen Anwendung bei der Untersuchung von Krankheitsprozessen innerhalb des Schädel-skelettes, des Thoraxraumes und des Beckens, vor allem bei Patienten mit einem malignen Tumor. Aufgrund der hohen Strahlenbelastung sollte zunächst die Anwendung auf Patienten, die wegen eines malignen Tumors einer therapeutischen Neutronenbestrahlung unterzogen werden müssen, beschränkt bleiben.

Dr. med. E. Richter, Würzburg

Arterielle Hypertonie

Ätiopathogenese-Diagnostik-Therapie

Herausgeber: J. Rosenthal, 556 S., 174 Abb., 75 Tab., geb., DM 89,-. Springer-Verlag, Berlin - Heidelberg - New York. Die Hypertonie ist heute eine Volkskrankheit. In zunehmendem Umfang wird man sich der Tatsache bewußt, daß erhöhter Blutdruck eine der wichtigsten und häufigsten Erkrankungen ist, die die Menschheit bedroht.

Der Herausgeber hat versucht, mit Unterstützung zahlreicher Fachleute eine Übersicht über das gesamte Gebiet der Hypertonie zu erstellen. Es dürfte ihm im Bereich der klinischen Problematik auch weitgehend gelungen sein. Experimentelle Ergebnisse werden jedoch nur soweit berücksichtigt, wie es für das Verständnis erforderlich ist. Für besonders interessierte Leser finden sich zu jedem Kapitel ausführliche Literaturangaben. Eine Besprechung der einzelnen Autoren dieser Sammlung würde den hier zur Verfügung stehenden Raum sprengen.

Der Hoffnung des Herausgebers, „daß dieses Buch einen weitreichenden Beitrag zum Verständnis der Bluthochdruck-erkrankungen und ihrer Komplikationen leisten wird“, kann man vollinhaltlich zustimmen. — Ein sehr interessantes und lesenswertes Buch.

Dr. med. J. Mertens, Fürth

Kopfschmerz — Biofeedback

Herausgeber: Prof. Dr. M. Sovák, 128 S., 26 Abb., 4 Tab., 3 Skizzen, kart., DM 36,-. Verlag für Medizin, Dr. Ewald Fischer GmbH, Heidelberg.

Der Autor, Leiter der Scripps-Kopfschmerzambulanz in La Jolla, beschreibt im ersten Teil des Buches die Symptomatologie der häufigsten Kopfschmerzsyndrome. Es wird anschließend versucht, die pathophysiologischen Mechanismen der veskulären Kopfschmerzsyndrome darzulegen. Die medikamentöse Behandlung beschränkt sich auf die Anwendung der üblichen Therapieschemata unter besonderer Berücksichtigung der Psychopharmaka. Andere Therapiekonzepte (z. B. Neurotherapie) sind nicht berücksichtigt. — Den größten Raum nimmt eine ausführliche Darstellung der Behandlung mittels Biofeedback ein, das bei der nicht-medikamentösen Therapie der Migräne und des Spannungskopfschmerzes anderen autosuggestiven Verfahren überlegen ist.

Dr. med. J. Schleimer, München

Kongreßkalender

Da die Termine der Kongresse manchmal geändert werden, empfehlen wir, auf jeden Fall vor dem Besuch einer Tagung sich noch einmal mit dem Kongreßbüro bzw. der Auskunftsstelle in Verbindung zu setzen.

Januar 1982

- 4.—29. **Berlin:** Arbeitsmedizinischer Grundtagungslehrgang (Stoffplan III). — Auskunft: Sekretariat der Akademie für Arbeitsmedizin Berlin, Soorstraße 84, 1000 Berlin 19.
- 11.—22. **Bad Nauheim:** Arbeitsmedizinischer Kurs (A 1). — Auskunft: Hessische Akademie für Betriebs- und Arbeitsmedizin e. V., Terrassenstraße 2—4, 6350 Bad Nauheim.
- 12.—15. **Neuherberg:** Grundkurs im Strahlenschutz für Ärzte. — Auskunft: Kurssekretariat des Instituts für Strahlenschutz der GSF, Ingolstädter Landstraße 1, 8042 Neuherberg.
- 13.—16. **Köln:** VI. Interdisziplinäres Forum „Fortschritt und Fortbildung in der Medizin“. — Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.
- 16.—30. **Corvera:** Fortbildungslehrgang des Bayerischen Sportärzterverbandes. — Auskunft: Dr. B. Grünewald, DAK-Kurzentrum, 3280 Bad Pyrmont.
- 17.—23. **Oberstdorf:** Fortbildungsveranstaltung des Bayerischen Sportärzterverbandes. — Auskunft: Dr. P. Konopka, Lengemarkstraße 11, 8900 Augsburg.
- 18.—21. **Neuherberg:** Spezialkurs im Strahlenschutz bei der Untersuchung mit Röntgenstrahlen für Ärzte. — Auskunft: Kurssekretariat des Instituts für Strahlenschutz der GSF, Ingolstädter Landstraße 1, 8042 Neuherberg.
- 25.—28. **Neuherberg:** Spezialkurs im Strahlenschutz beim Umgang mit offenen radioaktiven Stoffen für Ärzte. — Auskunft: Kurssekretariat des Instituts für Strahlenschutz der GSF, Ingolstädter Landstraße 1, 8042 Neuherberg.
25. 1.—19. 2. **München:** A-Kurs für Arbeitsmedizin. — Auskunft: Bayerische Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin, Pfarrstraße 3, 8000 München 22.
- 29.—31. **Hannover:** Spezialkurs zum Erwerb der Fachkunde im Strahlenschutz als ermächtigter Arzt. — Auskunft: Ärztekammer Niedersachsen, Berliner Allee 20, 3000 Hannover 1.
30. **München:** Fortbildungsveranstaltung des Deutschen Zentralvereins homöopathischer Ärzte e. V. — Auskunft: Dr. H. Hauptmann, Ulmer Straße 150, 8900 Augsburg.

- 1.-12. **Bad Nauheim:** Arbeitsmedizinischer Kurs (B 1). — Auskunft: Hessische Akademie für Betriebs- und Arbeitsmedizin e. V., Terrassenstraße 2-4, 6350 Bad Nauheim.
- 2.-5. **Bad Nauheim:** Fortbildungsveranstaltung „Rehabilitation am Kurort — Mode oder Notwendigkeit?“ — Auskunft: R. Leitloff, Deutsche Akademie für medizinische Fortbildung, Carl-Oelemann-Weg 5/7, 6350 Bad Nauheim.
- 3.-12. **Neuherberg:** Spezialkurs für zu ermächtigende Ärzte. — Auskunft: Kurssekretariat des Instituts für Strahlenschutz der GSF, Ingolstädter Landstraße 1, 8042 Neuherberg.
- 5.-6. **Bad Nauheim:** Jahrestagung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für kardiologische Prävention und Rehabilitation e. V. — Auskunft: Sekretariat Dr. F. Metzendorf, Goethestraße 4-6, 6350 Bad Nauheim.
6. **Penzberg:** Fortbildungsveranstaltung des Bayerischen Sportärzterverbandes. — Auskunft: Dr. H. Galli, Fromundstraße 29, 8000 München 90.
- 6.-13. **Zürs:** 3. Internationales Symposium über Anästhesie-Reanimations- und Intensivbehandlungsprobleme. — Auskunft: Professor Dr. I. Podlesch, Moorenstraße 5, 4000 Düsseldorf.
- 6.-20. **Kühltel:** 15. Winterkongreß über Fortschritte in Diagnostik und Therapie. — Auskunft: Deutsches Reisebüro GmbH, Ärztliche Kongreßreisen, Postfach 26 71, 6000 Frankfurt.
8. 2.-
5. 3. **Berlin:** Strahlenschutzkurs für Ärzte. — Auskunft: Sekretariat der Akademie für Arbeitsmedizin Berlin, Soorstraße 84, 1000 Berlin 19.
10. **Bayreuth:** Fortbildungsveranstaltung des Ärztlichen Kreisverbandes Bayreuth. — Auskunft: Medizinedirektor Dr. W. Reisch, Hohe Werte 8, 8580 Bayreuth.
12. **München:** 4. Münchener Symposium für experimentelle Orthopädie. — Auskunft: Dipl.-Ing. W. Piltz, Herlachinger Straße 51, 8000 München 90.
- 12.-13. **Bad Nauheim:** 9. Fortbildungskongreß für Angiologie. — Auskunft: Privatdozent Dr. W. Hech, William Harvey Klinik, 6350 Bad Nauheim.
- 12.-14. **Hannover:** Spezialkurs zum Erwerb der Fechkunde im Strahlenschutz als ermächtigter Arzt. — Auskunft: Ärztekammer Niedersachsen, Berliner Allee 20, 3000 Hannover 1.
- 13.-14. **Erlangen:** 16. HNO-Fortbildungsseminar mit praktischen Kursen. — Auskunft: Professor Dr. M. E. Wigand, Weldstraße 1, 8520 Erlangen.
- 13.-27. **Bad Hofgastein:** Wintersportlehrgang des Sportärzterverbandes Hessen e. V. — Auskunft: Professor Dr. B. Böhmer, Marlenburgerstraße 2, 6000 Frankfurt.
- 19.-20. **Lindler:** Managementseminar „Hygiene-Verantwortung“. — Auskunft: Deutsches Krankenhaus-Institut, Tersteegenstraße 9, 4000 Düsseldorf 30.

20. **Erlangen:** Symposium über „Endoskopische Prothetik“. — Auskunft: Kongreßbüro der Medizinischen Universitätsklinik, Frau Schett, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen.
- 22.-25. **Berlin:** Wissenschaftliches Symposium des Instituts für Arzneimittel des Bundesgesundheitsamtes. — Auskunft: Bundesgesundheitsamt, Postfach 33 00 13, 1000 Berlin 33.
- 22.-28. **Los Angeles** internationales Symposium für Anästhesie. — Auskunft: Dr. S. F. Sullivan, Department of Anaesthesia, School of Medicine, Los Angeles, Calif. 90 024, USA.
- 24.-26. **Frenkfurt:** 6. Frankfurter Fortbildungskurs für Sexualmedizin. — Auskunft: Professor Dr. V. Sigusch, Theodor-Stern-Kel 7, 6000 Frenkfurt 70.
- 26.-27. **Erlangen:** 15. Erlanger Fortbildungstage in Praktischer Medizin. — Auskunft: Kongreßbüro der Medizinischen Universitätsklinik, Frau Schatt, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen.
- 26.-28. **Hennover:** Spezialkurs im Strahlenschutz beim Umgang mit offenen redloaktiven Stoffen im medizinischen Bereich. — Auskunft: Ärztekammer Niedersachsen, Berliner Allee 20, 3000 Hannover 1.
27. **Augsburg:** Fortbildungsveranstaltung des Deutschen Zentralvereins homöopathischer Ärzte e. V. — Auskunft: Dr. H. Hauptmann, Ulmer Straße 150, 8900 Augsburg.
28. 2.-
6. 3. **Germisch-Pertenkirchen:** Frühjahrskongreß für Genzheitsmedizin einschließlic Naturheilverfahren. — Auskunft: Dr. V. Harth, Heinstraße 9, 8600 Bemberg.

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer und der Kasenärztlichen Vereinigung Bayerns. Inhaber und Verleger: Bayerische Landesärztekammer (Körperschaft des öffentlichen Rechts); Präsident: Professor Dr. med. Hans Joachim Sewering. Schriftleitung: Professor Dr. med. Hans Joachim Sewering, Dr. med. Hermann Braun, Dr. med. Friedrich Kolb, Dr. med. Kurt Stordeur — verantwortlich für den Inhalt: Rita Horn. Gemeinsame Anschrift: Mühlbeurstraße 18, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47-1.

Die Zeitschrift erscheint monatlich mit regelmäßiger Verlegerbeilage „Bayerische Akademie für ärztliche Fortbildung“. Leserbriefe stellen keine Meinungsäußerung des Herausgebers oder der Schriftleitung dar. Das Recht auf Kürzung bleibt vorbehalten.

Bezugspreise monatlich DM 5,- einschließlich Postzeitungsgebühr und 6 1/2 % = DM 0,33 Mehrwertsteuer. Postscheckkonto Nr. 52 52-802, Amt München, Bayerische Landesärztekammer (Abt. „Bayerisches Ärzteblatt“). Für Mitglieder im Mitgliedsbeitrag antheilen.

Anzeigenverwaltung: ATLAS Verlag und Werbung GmbH, Postfach, Sonnenstraße 29, 8000 München 2, Telefon (0 89) 51 77-1, Fernschreiber: 05/23 662, Telegrammadresse atlaspress. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Alexander Wisetzke.

Druck: Druckerei und Verlag Hana Zauner Jr., Augsburger Straße 9, 8060 Decheu.

Alle Rechte, insbesondere das Recht der Verbreitung, Vervielfältigung und Mikrototografie sowie das Recht der Übersetzung in Fremdsprachen für alle veröffentlichten Beiträge vorbehalten.

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung des Verlags. Rücksendung nicht verlangter Manuskripta erfolgt nur, wenn vorbereiteter Umschlag mit Rückporto beiliegt. Bei Einsendungen an die Schriftleitung wird das Einverständnis zur vollen oder auszugsweisen Veröffentlichung vorausgesetzt, wenn gegenteilige Wünsche nicht besonders zum Ausdruck gebracht werden.

ISSN 0005-7125



Innenministerium Baden-Württemberg

Bei der Landespolizeidirektion Stuttgart II ist sobald als möglich die Stelle eines

Polizeiarztes

Regierungsmedizineldirektor,
Bes.Gr. A 15

zu besetzen.

Dem Stelleninhaber obliegt als Leiter der Abteilung V – ärztliche Betreuung – bei der Landespolizeidirektion Stuttgart II die selbständige Wahrnehmung eines vielseitigen und gestaltungsfähigen Aufgabengebietes. Zu den Aufgaben gehören u. a. Untersuchungen zur Dienstfähigkeit; Begutachtung von Dienstunfällen; Untersuchungen und Erteilung von Genehmigungen im Rahmen der Heilfürsorge; ärztliche Behandlung von Heilfürsorgeberechtigten in unterschiedlichem Umfang; erbeitsmedizinische und beratende Tätigkeit für Beamte und Behörde.

Voraussetzung ist eine mehrjährige Berufstätigkeit mit klinischer Ausbildung.

Soweit die beamtenrechtlichen Voraussetzungen vorliegen, ist die sofortige Einweisung in die Besoldungsgruppe A 15 möglich. Bewerber, die nicht bereits Beamter des Landes Baden-Württemberg sind, sollten nicht älter als 44 Jahre sein. Ausnahmen hiervon sind möglich. Für Bewerber, die nicht gleich in das Beamtenverhältnis übernommen werden wollen, besteht die Möglichkeit einer Einstellung im Angestelltenverhältnis (Vergütungsgruppe II a bzw. I b BAT). Die Genehmigung zur Ausübung einer Nebentätigkeit wird auf Antrag erteilt.

Ähnliche Stellen sind außerdem bei den Bereitschaftspolizeiteilungen in Biberach an der Riß und in Lahr zu besetzen.

Bewerbungen unter Anschluß der üblichen Unterlagen (Lebenslauf, Lichtbild, Abschriften der Approbations-, Promotions- und Anerkennungsurkunden, Zeugnisabschriften u. a.) werden innerhalb von zwei Wochen erbeten an das Innenministerium Baden-Württemberg, Postfach 277, 7000 Stuttgart 1. Auskünfte erteilt der Leitende Polizeiarzt des Landes, Telefon (07 11) 21 55-485.

Behörde in zentraler Lage (je 15 Gehminuten vom Hauptbahnhof und Marienplatz entfernt) sucht zum baldigen Eintritt

Arzt oder Ärztin für Gutachter Tätigkeit

(genz- oder halbtags).

Vergütung erfolgt nach VergGr. II a bzw. I b BAT. Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten an das

Bayerische Landesentschädigungsamt, Prinz-Ludwig-Straße 1-3, 8000 München 2, Telefon (0 89) 2 37 62 30.

Praxisdarlehen plus Lebensversicherung

Günstige Konditionen für die Finanzierung Ihrer Praxis, neues Unternehmermodell.

Anruf auch außerhalb der üblichen Bürozeit.
Telefon (0 85 35) 6 14.

Kurt Jacobi, Generalagent
der Bayern-Versicherung (Sachversicherungen für Bayerische Versicherungskammer)
Wolkekirchen 117 1/2, 8359 Heerbach

Zum nächstmöglichen Termin, spätestens zum 1. April 1982 ist die Stelle des

Oberarztes

der Inneren Abteilung des Kreiskrankenhauses in Aichach zu besetzen. Gesucht wird ein Arzt für Innere Medizin, eventuell auch im letzten Weiterbildungsjahr, der in der Lage ist, den Chefarzt zu vertreten. Die Innere Abteilung umfaßt 60 Betten und ist apparativ gut ausgestattet (umfangreiches Röntgen und Labor, Ultraschall Diagnostik, Ergometrie, Endoskopie, Intensivüberwachung und -therapie). Der Chefarzt ist vier Jahre zur Weiterbildung für Innere Medizin ermächtigt. Im Hause befindet sich außerdem eine Chirurgische, Gynäkologisch-geburtshilfliche und HNO-Abteilung. Neben dem Chefarzt finden Sie drei Assistenten als Mitarbeiter.

Aichach ist eine Kreisstadt mit über 14 000 Einwohnern und liegt außerordentlich verkehrsgünstig neben der Autobahn zwischen Augsburg (20 km) und München (50 km).

Sämtliche Schulen am Ort sind vorhanden.

Wir legen Wert auf einen kooperativen Kollegen, der eine gute Zusammenarbeit in einem freundlichen Arbeitsklima schätzt.

Geboten werden: Vergütung nach Vergütungsgruppe I b/1 a BAT, Rufbereitschaftspauschale, Vergünstigungen des öffentlichen Dienstes, Chefarztzulage, Umzugskostenersatzung.

Schriftliche Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten an die Haupt- und Personalverwaltung des Landratsamtes Aichach-Friedberg, Münchener Straße 9, 8890 Aichach.

Akademie für Neuraltherapie

Korporatives Mitglied in der Deutschen Gesellschaft zur Förderung der medizinischen Diagnostik e. V.

— MEDICA —

Speyerer Tage 1982 der Akademie für Neuraltherapie vom 30. April bis 2. Mai 1982

unter der Schirmherrschaft von Herrn Staatsminister Rudi Geil, Ministerium für Soziales und Gesundheit in Rheinland-Pfalz, in der Aule des Klosters St. Dominikus in Speyer mit einer Pharma-Ausstellung-Regenprogramm

Neuraltherapie

— Diagnostische-therapeutische Lokalanästhesie - Herd-Störfeldgeschehen — 1. Mai 1982 — 9.00 Uhr Begrüßung durch Vertreter des Ministers für Gesundheit von Rheinland-Pfalz, Oberbürgermeister Dr. Roßkopf, Prof. Dr. Ohler, Akademie für Ärztliche Fortbildung — Landesärztekammer Rheinland-Pfalz, San.-Rat Dr. Regule, Präsident der Ärztekammer der Pfalz, Dr. Seithel, Akademie für Neuraltherapie.

Wissenschaftliche Tagung: am 1. Mai 1982 — 9.20 bis 13.00 Uhr und 15.00 bis 17.00 Uhr, am 2. Mai 1982 9.30 bis 13.00 Uhr.

Quartieranmeldung: Curt Schlimshelmer,
Mühlturmstraße 5, 6720 Speyer, Telefon (0 62 32) 2 41 68

Nürnberg

Praxisräume für Allgemeinarzt

1. Etage, ca. 160 qm, beste Ausstattung, in renoviertem Altbau. Sechs Räume, City-Nähe, günstige Mietbedingungen.
Telefon (09 11) 26 01 43